XXXIII. JAHRGANG. 2. Heft. 15. JANUAR 1892.

MEDICINISCH-CHIRURGISCHE
RUNDSCHAU.

ZEITSCHRIFT

FÜR DIE

GESAMMTE PRAKTISCHE HEILKUNDE.

redigirt

von

Prof. Dr. W. F. LOEBISCH

an der k. k. Universität Innsbruck.

WIEN.

URBAN & SCHWARZENBERG,

I., Maximilianstrasse 4.

INHALT.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

50. ***Ueber Gelenkaffectionen bei Typhus.*** *Von Dr. Freyhan, Berlin. (Berlin. Klinik. Decemberheft 1891.)*

So wie für fast alle Infectionskrankheiten wurde in neuerer Zeit auch für den Ileotyphus eine gelegentliche Betheiligung der Gelenke constatirt, und sind hier auffallender Weise die ersten Berichte aus chirurgischen Federn geflossen. Der Grund hierfür mag wohl darin zu suchen sein, dass die typhöse Gelenkscomplication, die vorwiegend eine monarticuläre ist, relativ häufig an ihrer Prädilectionsstelle, im Hüftgelenke, zu spontaner Luxation führt, und dann in das Bereich des Chirurgen fällt. Gerade das öftere monarticuläre Auftreten der in Rede stehenden Affection hat *Witzel* in seiner ausgezeichneten monographischen Darstellung der Gelenksentzündungen bei acut-infectiösen Erkrankungen Gelegenheit gegeben, einen gewissen Gegensatz zwischen einer monarticulären Arthritis nach Typhus und einer typhösen Polyarthritis zu construiren, der freilich nur zwei klinische Varianten ein und desselben Grundprocesses von einander abscheiden will. Verf. bereichert nun in der vorliegenden Arbeit die sehr spärliche Literatur über diesen Gegenstand durch ziemlich ausführliche Wiedergabe von vier Fällen aus der internen Station des Krankenhauses Friedrichshain, in welchen sich die Affection einmal im Hüftgelenk, in den anderen Fällen in den Hand-, resp. Kniegelenken localisirte. Das Auftreten der Gelenkserkrankung fällt bei zwei Kranken in die Reconvalescenz, bei je einem in das amphibole Stadium und in die Defervescenz. In Bezug auf Symptomatologie, Prognose und Therapie ergaben diese Krankengeschichten, resp. deren epikritische Besprechung nichts besonders Erwähnenswerthes. Im Uebrigen ist die vorliegende Arbeit als Beitrag zur Symptomatologie des Ileotyphus immerhin ganz verdienstlich und lesenswerth. *v. Buschman.*

51. ***Zur Diagnose des Leberechinococcus.*** *Von Dr. Eisenlohr. Vortrag, gehalten im ärztlichen Vereine zu Hamburg. (Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 39.)*

In dem Falle von Leberechinococcus, den *Eisenlohr* mittheilt, traten so eigenthümliche physikalische Phänomene in den Vordergrund, dass die Diagnose wesentlich complicirt und die Deutung der einzelnen Erscheinungen eine ziemlich schwierige wurde. Es handelte sich um einen 18jährigen Schlosser, der im Juli 1890 unter gastrischen Erscheinungen erkrankte und seitdem mit kurzen Unterbrechungen fieberte; das Fieber hatte einen remittirenden Verlauf. Bei der Untersuchung fand sich zuerst ein Lebertumor, der eine ziemlich gleichmässige Vergrösserung des Organes ohne specielle Prominenzen, ohne Fluctuation repräsentirte. Einem zeit-

weiligen An- und Abschwellen des Tumors entsprachen wechselnde Phasen des Allgemeinbefindens, mehrere Wochen hindurch sogar vollständiges Wohlbefinden ohne Fieber. Mit der Wiederkehr des letzteren entwickelten sich dann rasch die Erscheinungen eines grossen lufthaltigen Hohlraumes an Stelle des linken Leberlappens mit Succussion und metallischen Phänomenen bei der Percussion. Das Succussionsgeräusch verschwand für einige Zeit; mit seinem Wiederauftreten bildete sich im rechten Hypochondrium dicht unter dem Rippenbogen eine Vorwölbung, die alsbald fluctuirte. Bei einer Incision an dieser Stelle entleerte sich dünner, geruchloser Eiter aus einer grossen, nach hinten gegen die Wirbelsäule führenden Höhle und ausserdem drängten sich verschiedene derbe, lose Echinococcusmembranen hervor. Es erfolgte 6 Wochen nach diesem Eingriff vollständige Heilung. *Eisenlohr* hebt nun die Schwierigkeiten der Diagnose und der Deutung der physikalischen Symptome genauer hervor; er konnte mit Wahrscheinlichkeit das Vorhandensein eines Echinococcussackes annehmen, aber gerade die charakteristischen Anzeichen (Hydatidenschwirren, Probepunction) fehlten. Dass eine Vereiterung der Cyste vorliegen musste, ging aus dem Fieberverlaufe mit Sicherheit hervor. Eine andere Ursache für die Abscessbildung in der Leber konnte nicht angenommen werden; denn ebensowenig durfte man Gallenconcremente als Ausgangspunkt derselben erwarten, wie man an die Möglichkeit von Abscessbildung und adhäsiver Peritonitis in Folge ulcerativer Vorgänge in den Gallenwegen oder im Duodenum an der unteren Leberfläche und Leberpforte denken durfte. Gerade der rasche Wechsel sowohl der physikalischen als der allgemeinen Erscheinungen, die wochenlange Apyrexie in Verbindung mit dem zeitweiligen Nachweis eines wesentlich den linken Leberlappen einnehmenden Tumors führt *Eisenlohr* dazu, für ähnliche Krankheitsbilder auch ohne den Nachweis einer palpabeln oder sonst zugänglichen Cyste die Diagnsse auf „vereiternden Leberechinococcus“ zu stellen. *H. Levy*, Breslau.

52. ***Hautnecrose nach Tuberculininjectionen.*** *Von Dr. E. Sehrwald. (Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 39.)*

Die von den meisten Beobachtern nach Tuberculininjectionen beschriebene mehr oder minder starke Reaction an der Stichstelle bestand entweder nur in einer bald vorübergehenden Schmerzhaftigkeit oder in einer stärkeren und länger andauernden Empfindlichkeit, verbunden mit einer Anschwellung der betreffenden Hautpartie. Zu der letzteren gesellte sich nur selten eine röthliche bis bläuliche Verfärbung, die zuweilen dem Verlaufe der grösseren Lymphgefässe folgte und bis zu den nächsten Lymphdrüsen ausstrahlte; schwerere Gewebsstörungen, Eiterungen, Abscessbildungen oder Necrosen traten nie auf. Bei einem ziemlich kräftig gebauten Menschen, der seit einem Jahre tuberculös erkrankt war, beobachtete *Sehrwald* nun vom 4. Tage an nach der 18. Injection, bei der, wie bisher immer mit ganz unbedeutender Allgemeinreaction, 20 Mgrm. eingespritzt wurden, eine typische Necrose der Haut an der Stichstelle, nachdem daselbst Schmerzhaftigkeit, Schwellung, rothe, resp. blaurothe Verfärbung vorausgegangen waren. Es stiess sich dann ein etwa Markstück grosses, ziemlich scharf begrenztes Stück

Haut in voller Dicke ab, worauf in 4—5 Wochen Heilung folgte. *Sehrwald* führt, da eine Verunreinigung der Stichwunde bei der Injection absolut auszuschliessen war, das Entstehen der Necrose darauf zurück, dass mit dem Tuberculin zugleich die Körper von Tuberkelbacillen injicirt worden wären und dass letztere, wenn sie in grösserer Menge im Tuberculin vorhanden sind, Necrose, wenn in geringerer Zahl, Reizerscheinungen an der Stichstelle bewirken. Eine geradezu frappante Uebereinstimmung zeigt sich zwischen dieser Necrose und denen, die *Koch* bei tuberculösen Meerschweinchen durch Injection lebender oder abgetödteter Tuberkelbacillen hervorrief. *Sehrwald* weist noch auf eine andere Eigenthümlichkeit in diesem Falle hin. Der betreffende Kranke, bei welchem die Allgemeinreactionen auf die Injectionen stets nur rudimentär ausfielen, hielt sich nämlich gerade zu der Zeit, als die Necrose auftrat, für beinahe geheilt, zumal er an Gewicht erheblich zugenommen hatte, kein Rasseln auf den Lungen hörbar, der Auswurf sehr gering, Bacillen darin nicht nachweisbar waren. Dass die Annahme einer Heilung eine falsche war, vielmehr die tuberculöse Erkrankung des Organismus in voller Blüthe fortbestand, scheint gerade das Auftreten der Hautnecrose zu beweisen; eine weitere Bestätigung dafür gab bald eine starke allgemeine und locale Reaction nach einer Injection von 45 Mgrm. Tuberculin. Es würde zu weit führen, alle die Schlussfolgerungen, die *Sehrwald* an diesen bis jetzt völlig vereinzelt dastehenden Fall knüpft, anzugeben, zumal dieselben, wie natürlich, mit aller Reserve ausgesprochen wurden. *H. Levy*, Breslau.

53. ***Ein Fall von Insufficientia valvulae tricuspidalis.*** *Von Dr. Gustav Genersich, Klausenburg. (Pest. med.-chir. Presse. 1891. 49.)*

Patient gibt an, immer gesund gewesen zu sein, nur vor sieben Monaten haben sich starke Palpitationen und Athmungsbeschwerden eingestellt, zu welchen sich bald Schmerzen in der Lebergegend gesellten. Der Status praesens ist folgender: Die Haut blass, die Lippen cyanotisch, subcutanes Bindegewebe fettarm, die Venen mässig erweitert, die Unterschenkel und die Füsse ödematös. Die Hilfsmuskeln bei der Athmung sind stärker ausgeprägt, die Carotiden pulsiren stärker, die Pulsation der erweiterten und stellenweise ausgebuchteten Vena jug. ext. und des Bulbus ven. jug. ist sichtbar. Die Athmung rauh-vesiculär, über der hinteren unteren Partie der rechten Lunge mässige Rasselgeräusche. Der Spitzenstoss ist stärker als normal, am stärksten im 6. Zwischenrippenraume in der vorderen Axillarlinie. Die absolute Herzdämpfung beginnt in der Höhe der 3. Rippe, erstreckt sich bis zum rechten Rand des Sternums. Dem Spitzenstosse entsprechend ist langes systolisches Geräusch vernehmbar, welches im Anfang etwas rauh ist, später aber in ein weicheres Blasen übergeht und, bis zur Diastole anhaltend, sich in ein mit dem diastolischen Ton beginnendes schwächeres blasendes Geräusch verliert. Ueber der Aorta ist ein systolischer, durch schwaches Blasen verdeckter und ein deutlicherer diastolischer Ton zu hören, zu letzterem gesellt sich ein geringeres kratzendes Geräusch; statt des ersten Tones der Pulmonalis ist ein weiches Blasen zu hören, von verschiedenem Charakter als an

der Herzspitze; der zweite Ton an der Pulmonalis ist stark accentuirt; über dem rechten Rande des Sternums ist während der Systole ein deutlich vernehmbares Blasen, welches stärker ist als dasselbe an der Pulmonalis; die letzteren Verhältnisse ändern sich gegen die Leber fortschreitend nicht. Die Herzfunction ist unregelmässig, der Puls mässig frequent, inäqual und irregulär, kleiner und weicher als normal. Die Halsvenen sind erweitert, mit erbsengrossen Ausbuchtungen, pulsiren, die Pulsation hört auch dann nicht auf, wenn die Vene peripherisch comprimirt wird. Der Bauch ist vergrössert, das rechte Hypochondrium und das Epigastrium bis zum Nabel sind hervorgewölbt und heben sich bei jeder Systole; die Leber ist bedeutend vergrössert, wölbt sich bei jeder Systole hervor und vergrössert sich zugleich in allen Dimensionen, also pulsirt. Die Milz ist kaum vergrössert; der Harn von dunkelgelber Farbe, 1026 specifischem Gewicht; gibt ein Eiweisscoagulum von 3 Mm. Dicke. Es ist also neben der Insufficienz der Tricuspidalklappe auch Insufficienz der Bicuspidalis cum Stenosi ostii venosi sinistri vorhanden, was die Accentuirung des zweiten Tones an der Pulmonalis genügend erklärt. Was die Entstehung der Tricuspidalinsufficienz im vorliegenden Falle anbelangt, glaubt Verf. ausschliessen zu können, dass dieselbe angeboren ist, ebenso auf Grund der sehr geringen Stauungssymptome das Vorhandensein einer relativen Insufficienz. Nach seiner Meinung ist anzunehmen, dass der vorgeschrittene endocarditische Process im linken Herzen sich auf das rechte Herz erstreckt hat. *Hertzka*, Carlsbad.

54. ***Ein Fall von Leucaemia acutissima.*** *Von Paul Guttmann. Aus dem städtischen Krankenhause Moabit in Berlin. (Berlin. klin. Wochenschr. 1891. 46.)*

Zu den 18 bisher in der Literatur bekannten Fällen von acuter Leucämie fügt *Guttmann* einen neuen hinzu, der sich durch seine überaus kurze Dauer besonders auszeichnet. Schon $4^1/_2$ Tage nach dem ersten sichtbaren Krankheitssymptom trat der tödtliche Ausgang ein, während die Krankheitsdauer in den anderen 18 Fällen eine längere war, und zwar in den 16 von *Ebstein* zusammengestellten $2^1/_2$—9 Wochen, in der Beobachtung von *Westphal* 6 Wochen, in der von *Senator* 9 Tage betrug. Es handelte sich in dem Falle von *Guttmann* um einen 10 Jahre alten Knaben, der am 9. Mai dieses Jahres, nachdem er einige Tage vorher über eine ungewöhnliche Mattigkeit geklagt hatte, mit Blutharnen erkrankte; gleichzeitig zeigten sich an zahlreichen Stellen des Körpers dunkelblaue Flecke, wozu sich am folgenden Tage Blutungen aus Nasen- und Mundhöhle gesellten. Am Vormittag des 12. Mai wurde der Knabe ganz plötzlich bewusstlos und es trat eine rechtsseitige Lähmung ein. Bei der Aufnahme im Krankenhause, die noch an demselben Abend erfolgte, lag der Knabe in tiefstem Coma da, an vielen Stellen des Rumpfes und der Extremitäten fanden sich theils kleine, theils durch Confluiren entstandene grössere schwarzblaue Hautblutungen; das rechte Bein war vollständig, der rechte Arm unvollständig gelähmt; Lungen und Herz normal, Puls klein, unregelmässig, 60 Schläge in der Minute, kein Fieber. Die Milz war vergrössert, ihr Rand circa 1 Cm. unter dem Rippenbogen fühlbar, die ebenfalls vergrösserte

Leber überragte um Handbreite den Rippenbogen. Es bestand mässiger Priapismus. Die Blutuntersuchung ergab eine enorme Vermehrung der weissen Blutkörperchen, bei wiederholten Zählungen ein Verhältniss der weissen zu den rothen Blutkörperchen von 1 : 1·4. Der Tod trat bereits nach eintägigem Aufenthalte im Krankenhause ein. Bei der Section fand sich eine grosse Geschwulst der Thymus von ziemlich weicher Consistenz, Vergrösserung der Milz um das Dreifache gegenüber der Norm, geringe Vergrösserung der Leber, das rechte Nierenbecken blutig suffundirt; im linken Seitenventrikel des Gehirns eine grosse geronnene Blutmasse, durch die ein beträchtlicher Theil des Corpus striatum, auch des Thalamus opticus und benachbarter Hirntheile ganz zerstört ist; das Knochenmark des in der Länge halbirten Oberschenkels dunkelroth, die Lymphdrüsen nicht verändert. *Guttmann* hebt besonders die selten bei Leucämie beobachtete acute Schwellung der Thymus hervor, und weist noch darauf hin, dass die nicht gerade sehr bedeutende Schwellung der Milz sich aus dem sehr raschen Ablauf der Krankheit erklärt; auch in den anderen acut verlaufenen Fällen war, mit einer einzigen Ausnahme, die Milz bei weitem nicht so gross als in den Fällen von chronischer Leucämie.

H. Levy, Breslau.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

55. ***Ein Beitrag zur Therapie des Lungenbrandes.*** *Von Dr. O. Hewdke, Warschau. (Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 40.)*

Hewdke theilt 4 Beobachtungen mit, in denen er nach erfolgloser Behandlung der Lungengangrän mit den üblichen Mitteln (Terpentinöl, Creosot, Inhalationen von Carbolsäure oder von Kalium permanganicum, Myrthol) antiseptische Injectionen in die gangränösen Lungenherde gemacht hat. Er konnte dabei eine wesentliche Besserung, in einem Falle fast vollständige Heilung constatiren. Die Injectionen wurden mittelst einer 2·5 Ccm. fassenden und mit einer dicken, 5—7 Cm. langen Nadel armirten Spritze ausgeführt. Benutzt wurde anfangs Menthol und dann, da dieses nicht gut vertragen wurde, eine alkoholische Thymollösung von 1 : 300 bis 1 : 200, welche die Patienten selbst in einer Quantität von 2 bis 2·5 Ccm. gut vertrugen. Die meisten klagten zwar über einen üblen Geschmack im Halse, welcher aber nicht lange dauerte. Locale Veränderungen, z. B. in der Haut und im Unterhautzellgewebe, wurden nicht gesehen, mit Ausnahme einer leichten Schmerzhaftigkeit an denjenigen Stellen, wo die Injectionen oft wiederholt wurden. Schwierigkeiten in der Technik boten sich nicht dar; sobald man in die Caverne gelangt ist, ruft die Injection sofort einen Hustenanfall hervor, der Kranke hat den Geruch und Geschmack der benützten Flüssigkeit, auch stellt sich sehr reichliche Expectoration ein. *Hewdke* empfiehlt in Uebereinstimmung mit anderen Beobachtern, für diese Behandlungsmethode möglichst frische Processe auszusuchen, bei denen es sich um oberflächlich gelegene, nicht tuberculöse Cavernen handelt. *H. Levy*, Breslau.

56. ***Die Anwendung der Camphersäure und ihre Ausscheidung im Harn.*** *Von Prof. Bohland. Aus der med. Klinik in Bonn. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XLVII. Heft 3 u. 4.)*

Verf. hat die zuerst von *Fürbringer* constatirte, dann von Anderen bestätigte günstige Wirkung der Camphersäure als Antihydroticum wie auch als Antisepticum, besonders bei der Cystitis, einer erneuten Prüfung unterzogen und dieselbe vollauf bestätigt gefunden. Abendliche Dosen von 1—2, höchstens 3 Grm. brachten meistens eine völlige Unterdrückung des Nachtschweisses bei Phthisikern, oft blieb derselbe, nachdem 2—3 Tage lang das Mittel genommen war, auf Tage, ja 2—3 Wochen aus; unangenehme Nebenwirkungen traten dabei nicht hervor. Das Natriumsalz der Camphersäure dagegen erwies sich von viel geringerer Wirkung. Bei Schweissen, die nicht durch Tuberculose bedingt waren, zeigte sich auch die Camphersäure bei weitem weniger wirksam, als bei den phthisischen Nachtschweissen. Gegen die hierauf begründete Annahme von *Dreesmann*, dass die Camphersäure eine specifische Einwirkung auf die Tuberkelbacillen habe, spricht aber der Umstand, dass das Fieber und das Weiterschreiten des tuberculösen Processes durch das Mittel nicht beeinflusst wird. Auch in einigen Fällen von Darmphthise, bei denen Opium versagte, erwies sich Acid. camphor., 3mal täglich 1 Grm, sehr wirksam. Bei Behandlung der Cystitis mit Camphersäure waren die Resultate ebenfalls sehr günstige; schon nach zwei Tagen kehrte die saure Reaction, wenn vorher eine alkalische bestand, dauernd wieder. Untersuchungen über die Ausscheidung der Säure ergaben, dass dieselbe sehr rasch wieder im Harn erscheint, am raschesten wenn das Medicament Morgens nüchtern genommen wird; schon nach 2 Stunden war die Ausscheidung im Gange und nach 5 Stunden beendet; jedoch blieb die Menge der im Harn ausgeschiedenen Säure erheblich gegen die verabreichte Quantität zurück, ein Umstand, der auf die geringe Löslichkeit der Camphersäure, resp. auf die Bildung unlöslicher Salze im Darm zu beziehen ist. Daraus liesse sich auch die fäulnisswidrige Wirkung der Camphersäure bei Darmcatarrhen erklären.

57. ***Ueber die Umstände, welche die Heilung von Phthisikern begünstigen.*** *Von Burney Yeo. Verhandlungen der Med. Society zu London vom 9. Nov. 1891. (Allg. med. Central-Ztg. 1891. 98.)*

Nach *Burney Yeo* ist die Lungenphthise heilbar, allerdings nur unter exceptionellen Bedingungen. In solchen Fällen, in welchen man bei der Autopsie gelegentlich ausgedehnte tuberculöse Herde findet, handelt es sich im Allgemeinen um Patienten, welche an beginnender Tuberculose litten, indessen keineswegs Symptome des klinischen Bildes der Lungenphthise dargeboten hatten. Für die Heilung ist es daher von Wichtigkeit, eine möglichst frühzeitige Diagnose zu stellen: Im Sputum erscheint der Bacillus der Tuberculose erst dann, wenn die Zerstörung der Gewebe beginnt, so dass man sein Auftreten nicht als den Beginn der Lungenphthise ansehen kann. Die Untersuchung des Sputums auf Tuberkelbacillen ist somit nach *Burney Yeo* für die Diagnose der Lungenphthise von untergeordneter Bedeutung, vielmehr hat man dann, wenn man durch Auscultation, Percussion an irgend einer Stelle dauernd gewisse

Anomalien in Verbindung mit einer Alteration des Allgemeinbefindens entdeckt, den Patienten sorgfältig zu beobachten. Was die Verwerthung der Hämoptysis im Anfangsstadium der Phthise anlangt, so glaubt *Burney Yeo*, dass dieselbe besonders in denjenigen Fällen auftritt, welche eine Tendenz zur Heilung besitzen; bei denjenigen Individuen dagegen, deren Gewebe sehr reizbar sind, sind die Chancen der Heilung weit weniger günstig. Im günstigen Sinne sind zu beurtheilen Fälle der hereditären Belastung, ferner Fälle von Verdauungs- und Assimilationsstörungen. Als klimatische Curorte empfiehlt *Burney Yeo* Südafrika, Madeira, in einigen Fällen auch hochgelegene Schweizer Curorte. Die guten Erfolge, welche *Dettweiler* in einer relativ wenig günstigen Gegend erzielt hat, beweisen, wie wichtig auch für die Behandlung regelmässige, entsprechende Ernährung, Hygiene u. s. w. ist. Von Medicamenten empfiehlt *Burney Yeo* vorwiegend das Creosot, unterphosphorsauren Kalk und Antiseptica in Form von Inhalationen.

58. ***Zur Hydrotherapie der Masern.*** *Von Julius Fodor. (Blätter f. klin. Hydrother. 1891. 3. — Oester.-ung. Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1891. 48.)*

Fodor hat 36 Masernfälle — der jüngste Pat. war 6 Monate alt — mit hydriatischen Mitteln auf folgende Weise behandelt: Der ganze Körper der Kinder wird mittelst eines in einen Kübel kalten Wassers getauchten grossen, porösen Schwammes feucht abgerieben; dieser Abreibung folgt die Application einer nasskalten, trocken umwickelten Rumpfbinde. Das Fieber wird weniger durch diese Manipulation herabgesetzt, als dass eine Belebung des Nervensystems, Kräftigung der Herzaction, Anregung der Verdauung, Ermöglichung des Schlafes und schliesslich Ausscheidung der in den Körper eingedrungenen oder während der Krankheit angehäuften Krankheitsstoffe — Toxine — hergestellt wird. Die Abwaschung soll bei Temperaturen über 39° C. Abends stündlich wiederholt werden, Nachts nur einmal. Auch nach Abfall der Temperatur will *Fodor* durch kühle Waschungen, Rumpfbinden, warme Bäder die Reinigung der Haut von den Abstossungsproducten bewirken, die gesteigerte Empfindlichkeit für Witterungseinflüsse herabsetzen und so die Entstehung von Nachkrankheiten möglichst verhüten.

59. ***Ueber die Wirkung der Alkalien auf den Stoffwechsel.*** *Von Lapicque. Verhandlungen der Société de Biologie zu Paris vom 31. October 1891. (Allg. med. Central-Ztg. 1891. 94.)*

Aus neueren Untersuchungen geht hervor, dass die Alkalien auf die Stickstoffausfuhr so gut wie gar keinen Einfluss besitzen; besonders folgt dies aus sorgfältigen, im letzten Jahre unter Leitung von *Stadelmann* angestellten Stoffwechseluntersuchungen. Nach diesen ist irgend eine charakteristische Veränderung nicht beobachtet worden, selbst wenn man ziemlich hohe Dosen von citronensaurem Natron einführte, nur constatirte man eine gewisse Unregelmässigkeit in der Ausscheidung des Harnstoffes. Allerdings ist diesen Untersuchungen gegenüber einzuwenden, dass sie nur an gesunden Personen gemacht wurden. Bekanntlich ist die Alkalescenz des Blutes die Bedingung des lebenskräftigen Zustandes der Zelle. So lange diese hinreichend vorhanden ist, kann man allgemein annehmen, dass auch ein Excess nach irgend einer Richtung hin keine bedeutenderen

Einflüsse haben kann. Es erscheint daher nicht im Widerspruch mit jenen Ergebnissen, wenn man annimmt, dass die Einführung von Alkalien bestimmte Wirkungen nur unter der Voraussetzung hat, dass die Alkalescenz des Blutes nicht genügend gross ist. Behufs Feststellung dieser Hypothese hat nun *Lapicque* citronensaures Natron einer Person eingegeben, bei der man Grund hatte, eine mangelnde Alkalescenz des Blutes anzunehmen. Es bestand bei ihr harnsaure Diathese. Patient hatte ausserdem die Gewohnheit, excessive Mengen Fleisch und dabei relativ wenig Vegetabilien zu geniessen. Als Resultate der quäst. Stoffwechseluntersuchung hat nun *Lapicque* Folgendes constatirt: 1. Die Alkalien sind selbst in geringer Dosis im Stande, die Ausscheidung des Harnstoffes zu vermindern. — 2. Wenn vor der Cur die Harnstoffbildung noch so unregelmässig war, so wird sie in Folge derselben völlig regelmässig. Es besteht also in der That eine Einwirkung auf den Stoffwechsel, und zwar konnte man im Gegensatz zu den Ergebnissen der *Stadelmann*'schen Arbeit eine ganz regelmässige Verminderung des Harnstoffes beobachten.

60. ***Zur Behandlung der nervösen Magenkrankheiten.*** *Von v. Sohlern, Wiesbaden. (Berlin. klin. Wochenschr. 1891. — Memorabilien. 1891. Heft 9.)*

Nach Verf. spielt bei Behandlung der nervösen Magenleiden eine gewisse Diät eine ebenso wichtige Rolle, wie bei den übrigen organischen Magenkrankheiten, worauf bisher nicht geachtet worden sei, zumal der Kranke erfahrungsgemäss oft schwere Speisen besser, als leichte, oder beide mit gleichen Beschwerden verträgt. Wenn man sich bei diesen Kranken nach ihrer Lebensweise erkundige, so höre man in der Mehrzahl der Fälle, dass sie gerade mit Rücksicht auf ihre schwachen Nerven sehr kräftig gelebt und fast ausschliesslich Fleisch genossen haben, und zwar seit der Kindheit. Die Beobachtung, dass gerade Leute, die von viel Fleisch leben und auch ganze Völkerschaften, die im Wesentlichen nur stickstoffreiche Nahrung zu sich nehmen, ein erregbareres Nervensystem haben, als Vegetarier in der Menschen- und Thierwelt, machen es nach Verf. wahrscheinlich, dass diese einseitige Fleischernährung beim Menschen eine erhöhte Reizbarkeit des Nervensystems zur Folge hat, die man als Neurasthenie zu bezeichnen pflegt. Ein die physiologischen Grenzen überschreitender, vielleicht durch Jahre fortgesetzter einseitiger Fleischgenuss kann eine krankhafte Alteration hervorrufen, die sich mit Vorliebe im Vago-Sympathicusgebiete zu bethätigen scheint. Diese Erwägungen veranlassten Verf. vor circa vier Jahren, der Diät nervös Magenleidender eine grössere Aufmerksamkeit zu schenken Er gibt seit dieser Zeit bei den Neurosen des Magens mit Irritationserscheinungen, seien sie im sensiblen, motorischen oder secretorischen Gebiete, reichliche Mengen von Kohlehydraten, und schränkt er auf alle Fälle den Fleischconsum beträchtlich ein, lässt ihn auch zeitweise ganz wegfallen. Dabei soll natürlich nicht plötzlich mit allen Lebensgewohnheiten gebrochen werden, also einem Manne, der jahrelang ausschliesslich von Fleisch gelebt hat, dieses nicht auf einmal ganz entzogen werden. Unter einer reichlichen Ernährung mit Kohlehydraten versteht Verf. aber nicht die Fütterung mit geringwerthigen Gemüsen,

sondern eine möglichst abwechslungsreiche Diät. Sehr wesentlich ist nach Verf. die richtige Auswahl der Kohlehydrate, deren Zubereitung und auch die Temperatur, die sie beim Essen haben. Man soll nur Kohlehydrate wählen, die einen hohen Nährwerth repräsentiren, wie Reis, Mais, Nudeln, Maccaroni etc.; dann müssen alle Speisen sehr weich gekocht, von breiartiger Beschaffenheit sein, damit auch weniger mechanische Anforderungen an den Magen gestellt werden. Die Speisen dürfen nie heiss genossen werden, sondern müssen temperirt sein, da der höhere Wärmegrad von einer grösseren Salzsäureabgabe begleitet ist. Es ist nach Verf. die mangelhafte Mechanik des Magens, nicht die Hyperacidität die Schuld, dass die Kohlehydrate bei Magenausspülungen angetroffen wurden. Wahre Neurosen, die nicht in das Gebiet der Paresen gehören, weisen eine gute Magenmechanik auf, wie dies Hunderte von Ausspülungen bestätigten. Die Praxis lehrt, dass Amylaceen recht gut verdaut werden und der Magen nach 6 oder 7 Stunden so tadellos leer ist, wie bei Fleischkost auch.

61. ***Beitrag zur Behandlung der Lungentuberculose nach Dr. Picot.*** *Von Vladár, Budapest. (Gyógyászat. 1891. 23. — Ther. Monatsh. 1891. Nov.)*

Vladár prüfte an seinen Phthisikern das *Picot*'sche Heilverfahren, welches vor Kurzem, als an 33 Patienten mit glänzendem Erfolge angewendet, in die Welt gesetzt wurde. Das Mittel *Picot's* (Jodoform. 0·30, Guajacol. 0·15, Ol. Sesami, Ol. Vaselini aa. 15·0) wurde in der Regio supraspinata hypodermatisch applicirt. Es wurde mit 0·30 einer *Pravaz*'schen Spritze begonnen, dann langsam auf 1 Ccm. gestiegen, dann langsam auf 2, später auf 3 Ccm. Bei diesem Verfahren bekamen die Patienten während der zweimonatlichen Behandlung noch einmal so viel Jodoform und Guajacol, als es *Picot* empfahl. Intoxicationserscheinungen wurden nicht beobachtet. *Vladár* beobachtete keine Besserung, noch weniger eine Heilung der Lungentuberculose. *Vladár* wählte seine Patienten so, dass nicht nur vorgeschrittene Fälle, sondern auch solche mit Phthisis incipiens nach dem erwähnten Verfahren behandelt wurden.

62. ***Zur Behandlung der Influenza.*** *Von Robert Bartholon. (Philad. med. news. — Memorabilien. 1891. Dec.)*

Hinsichtlich der Behandlung sagt Verf.: Die beste Inhalation, die man während des vorangehenden trockenen Stadiums brauchen kann, ist der Wasserdampf; der Patient kann diesen beständig inhaliren, wenn man die Luft des Zimmers damit erfüllt. In diese Wasserdämpfe können die Dämpfe von Creosot, Eucalyptusöl oder Terpentin eingeschlossen werden. Eine einfache Methode, diese Mittel zu gebrauchen, ist die, in das Wasser eine genügende Menge Eucalyptusblätter zu legen und von Zeit zu Zeit Creosot, Terpentin oder beides zusammen hinzuzufügen. Das Wasser wird in dem Gefäss, das diese Medicamente enthält, die ganze Zeit über siedend erhalten. Die nöthige Wärme kann bei Gasleitung durch einen Gasbrenner oder auch von einem gewöhnlichen Ofen geliefert werden. Die Menge, die man zu entwickeln hat, wird man nach der Wirkung regeln müssen, die auf die localen Störungen ausgeübt wird. Von Dämpfen sind am nützlichsten die von Aethyljodid, Creosot, Terpentin, Jod, Carbolsäure, Jod mit Creosot oder Carbolsäure u. s. w.

Diese sind am meisten von Nutzen in dem Stadium, wo die trockene Schleimhaut feucht und schlaff zu werden anfängt. Dann die Insufflation, d. i. die Methode, feine Pulver durch Einblasen auf die afficirten Partien abzulagern. Eine leichte Methode, die Pulver zu appliciren, ist die mittelst des Insufflators; derselbe enthält einen Hohlraum, ein gerades oder gekrümmtes Rohr und einen Ballon, um die Luft hindurch zu treiben. Von den Pulvern sind die geeignetsten: Jodoform, Bismuthum salicylicum, Tannin, Jod-Tannin und besonders Resorcin; das letzterwähnte Mittel hat eine ausgezeichnete Wirkung, wenn man es, soweit ausführbar, über die ganze Fläche verstäubt. Von den inneren Mitteln sind als wirksamste zu erwähnen zuerst das Atropin in Lösung von 0·06 : 30·0 Wasser, so dass jeder Tropfen $^1/_{430}$—$^1/_{460}$ Gran enthält; als Einzeldosis ist 1 bis 5 Tropfen zu geben, die geringste für kleine Kinder (nach der ersten Dentition). Ferner kann Belladonna-Tinctur in Gebrauch genommen werden, und zwar 1 bis 10 Tropfen 2mal täglich. Bei der ebenso schnellen, wie langdauernden Wirkung dieses Medicamentes darf dasselbe nicht mehr wie 2mal am Tage gegeben werden oder die Dosis muss viel kleiner sein, als oben angegeben. Bei Depressionszuständen und Melancholie wirkt wahrscheinlich das Atropin besser. Bei quälendem Kopfschmerz, Gelenksschmerzen und Schwäche werden sich zweifelsohne Antipyrin, Acetanilid, Phenacetin und andere germicide und antiseptische Mittel als nützlich erweisen.

63. ***Die Behandlung des Status epilepticus.*** *Von Dr. Kernig. (St. Petersburg. med. Wochenschr. 1891. — Memorabilien. 56. Jahrg. Heft 1.)*

Verf. bespricht die Behandlung des so qualvollen und gefährlichen Zustandes, wo Schlag auf Schlag Anfälle folgen und die Kranken fast gar nicht zum Bewusstsein kommen. 1. Ein junges Mädchen im Obuchowhospital hatte die ganze Nacht fast ununterbrochen epileptische Anfälle gehabt und lag nun am Morgen comatös, aber noch ohne Lungenödem und mit ziemlich gutem Pulse da. Als nun die Convulsionen sich zu wiederholen anfingen, wurde ihr 0·02 Pilocarp. mur. subcutan injicirt und gleichzeitig 1·5 Campher (in Emulsion) gegeben. Schweiss brach aus. Die Krämpfe hörten momentan auf, aber es drohte eine Stunde lang immer Lungenödem und Collaps. Endlich liessen die bedrohlichen Erscheinungen nach und es folgte tiefer Schlaf mit gutem Pulse. Natürlich wurde die Seitenlage angeordnet, damit der reichlich fliessende Speichel nicht Sörungen veranlasse. 2. Ein älterer Herr, der bisher seine epileptischen Anfälle circa alle 4—5 Wochen gehabt, erlebte im Sommer eine schwere psychische Erschütterung; da begannen die Anfälle bald häufiger und schwerer zu werden. In demselben August überstand er einen leichten exanthematischen Typhus. Vor 8 Tagen an einem Abende von 4—11 Uhr 9 Anfälle, dazwischen Coma, aber jeder Anfall scharf charakterisirt mit Schrei, allgemeinen Convulsionen und Schaum vor dem Munde. Bis zum 4. Anfall kein Fieber, nach dem 9. 39·2. Hier wurde wegen des höheren Alters kein Pilocarpin angewandt und 0·015 Morph. injicirt, wonach ruhiger Schlaf eintrat, der die ganze Nacht fortdauerte. In diesen beiden Fällen haben sich somit Pilocarpin und Morphin bewährt.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

64. ***Jauchiger Zerfall eines submucösen Uterusfibroids als Indication zur totalen Exstirpation des Uterus.*** *Von D. v. Ott, Petersburg. (Volkmann's klin. Vortr. Nr. 34.)*

Bei einer Kranken mit einem grossen, die Uterushöhle ausfüllenden und in jauchiger Zersetzung begriffenen Fibroid war Verf. genöthigt, nicht allein dieses letztere, sondern auch den ganzen Uterus nebst Anhängen zu entfernen, durch welches Ultimum refugium das Leben der Patientin erhalten blieb. Da Verf. in der ganzen ihm zugänglichen Literatur keinen einzigen gleichen Fall fand, publicirt er ihn im obgenannten Hefte in extenso, und knüpft daran die folgenden Schlussbemerkungen: *a)* Die Indication zur totalen Exstirpation des fibromatös erkrankten Uterus sollte auch auf die dem vorstehenden Falle ähnlichen Krankheitsfälle ausgedehnt werden; *b)* in derartigen Fällen ist die Entfernung des gesammten Uterus zweifellos das sicherste Mittel zur Eliminirung des inficirenden Agens. In den Fällen, wo bereits Verdacht auf Erkrankung des Bauchfells besteht, muss für freien Abfluss der Secrete durch die während der Operation hergestellte Verbindungsöffnung zwischen Bauchhöhle und Scheide gesorgt werden; *c)* bei gangränösem Zerfalle eines Fibroids in der Uterushöhle muss man sich über den Zustand der Adnexa Gewissheit verschaffen, um bei eventueller Miterkrankung derselben entsprechende Massregeln ergreifen zu können. *v. Buschman.*

65. ***Zur Ichthyolbehandlung in der Frauenheilkunde.*** *Von P. Kötschau, Köln. (Volkmann's klin. Vortr. Nr. 35.)*

Auf Grund seiner eigenen, sowie auch fremder Studien, welche in der vorliegenden Arbeit theils eingehender, theils kürzer und summarischer behandelt werden, spricht Verf. die Ueberzeugung aus, dass Ichthyol ein unentbehrliches Mittel in der Gynäkologie bleiben werde. Vor Jahren ging er mit einem gewissen Widerwillen an die diesfälligen Versuche, da die syrupartige Consistenz das Mittel oft verleiden kann; heute aber ist er unbedingter Vertheidiger desselben, wenn auch von Enthusiasmus weit entfernt. Unter Ichthyol kurzweg ist das dünnflüssige Ammonium sulfoichthyolicum zu verstehen; die consistenteren Salze (Natrium, Zincum, Lithium) müssen erst durch Erwärmen dünnflüssig gemacht werden und wirken bei den gynäkologischen Fällen nicht so prompt; ganz und gar lässt das Thyol im Stich, welche Verf. in seiner Frauenklinik statt des Ichthyol versuchte. Ueber die Wirkung des von *Freund* empfohlenen Ichthyolzinkes bei Schrunden der Brustwarzen hat Verf. keine eigene Erfahrung. Die mit der Ichthyoltherapie erzielten Erfolge liefern bei strenger Indication zu seiner Anwendung den Beweis, dass wir in ihm ein hervorragendes Mittel zur schnellen und sicheren Heilung verschiedener Frauenleiden besitzen, bei denen häufig der Gebrauch des Messers nicht vermieden werden konnte, welches aber natürlicherweise nicht als Panacee für jedes gynäkologische Leiden gelten darf.

v. Buschman.

66. ***Eine neue Behandlungsmethode der Tuberculose, besonders der chirurgischen Tuberculosen.*** *Von **Max Schüller**. Wiesbaden. (Centralbl. f. Chir. 1891.)*

Schüller hat, gestützt auf seine 1878—1880 ausgeführten therapeutischen Versuche, verschiedene der von ihm bei tuberculös inficirten Thieren studirten Mittel bei den tuberculösen Processen des Menschen geprüft und festzustellen gesucht, in welcher Weise sich dieselben theils allein, theils in Verbindung mit chirurgischen Massnahmen und operativen Eingriffen am besten anwenden lassen. Da er die chirurgischen Tuberculosen, gleich der Tuberculose innerer Organe, ausnahmslos für Localisation eines tuberculösen Allgemeinleidens hält, erheischt nach ihm jedweder Fall dieser Art neben der örtlichen eine entsprechende Allgemeinbehandlung. Es ergibt sich aus den Mittheilungen *Schüller's*, dass nicht nur die Heilung der chirurgisch durch Operationen und Jodoforminjectionen behandelten Fälle mittelst der von ihm zuerst experimentell geprüften Guajacolpräparate in auffälliger Weise unterstützt und beschleunigt wird, sondern dass auch manche chirurgische Tuberculosen, wie einfache Drüsen-, Knochen- und Gelenktuberculose, so wie andererseits Fälle von tuberculösen Spitzenerkrankungen und Lungentuberculose durch Anwendung dieser Mittel allein vollkommen zur Ausheilung gelangen können. *Schüller's* Allgemeinbehandlung besteht in der internen Darreichung von Guajacol, welches in Dosen von 2—5 Tropfen 4—5mal täglich in 100 bis 150 Grm. Zuckerwasser, Milch, Bier, Wein etc. lange Zeit hindurch genommen werden muss. Gerade in der consequenten Durchführung der Guajacolbehandlung über 3—6 Monate, ja über 1 Jahr hinaus liegt die Garantie für den Erfolg, indem nach zu frühem Aussetzen des Mittels mehrmals Recidive eintraten. Bei der Lungenphthise wurde der innerliche Gebrauch durch Inhalationen von Guajacol 5 : 3000 bis 5000 wirksam unterstützt. Bei allen Pat. wurde ferner neben dem Localleiden auch der Allgemeinzustand in günstiger Weise beeinflusst. Die überwiegende Mehrzahl derselben ist seit Jahren geheilt und, dauernd ohne Recidiv, gesund geblieben. Andere Mittel, wie Natrium benzoicum, Creosot etc., hat *Schüller* nach zahlreichen Versuchen zu Gunsten des sicherer wirkenden Guajacol wieder aufgegeben. Doch misst *Schüller* den chirurgischen Eingriffen und Operationen, so wie besonders den Jodoforminjectionen nach der von ihm befolgten Methode einen hohen Werth für die Heilung der chirurgischen Tuberculosen bei. Er injicirt die Jodoformemulsion nicht nur in Höhlen, sondern auch in das erkrankte Gewebe selbst, z. B. in den erweichten Knochen, die Synovialis, die paraarticulären Weichtheile und in die Umgebung von Fisteln. Klimatische Curen, kräftige Ernährung und rationelle Körperpflege durch Bäder, Massage, Elektricität wurden als werthvolle Unterstützungsmittel der Behandlung, wo irgend angängig, zur Anwendung gebracht.

67. ***Zur Behandlung des Prolapsus recti.*** *Von Dr. **Julius Csillag**, Wien. (Blätter f. klin. Hydrother. 1891. 8.)*

Die Befestigung des Mastdarmes geschieht theils durch das lockere periproctale Bindegewebe, theils durch eine Gruppe von willkürlichen Muskeln, welche in ihrer Gesammtheit Diaphragma

pelvis proprium genannt werden. Nach Verf.'s Dafürhalten trägt zur Erschlaffung des Befestigungsapparates des Mastdarmes sehr viel der Umstand bei, dass in Folge des chronischen Dick- und Dünndarmcatarrhs es zu einer Ernährungsstörung und oft rapid verlaufender Resorption des massenhaften Fettgewebes kommt, welches sich zwischen den einzelnen Schichten des Beckenbodens ausbreitet. Ueberraschend gut und rasch sind die Heilerfolge bei der mechanischen Behandlung des Prolapsus. Verf. berichtet über 4 Fälle. Sämmtliche Patienten wurden durchschnittlich in 10 bis 14 Tagen aus der Behandlung geheilt entlassen und hielt die Heilung auch an. Das Alter der Patienten bewegte sich zwischen 6 Monaten und 5 Jahren. Der Prolaps war von ziemlicher Grösse, im Falle IV sogar 12 Cm. lang. Das vom Verf. eingeschlagene Verfahren war folgendes: 1. Massage des Rectum; 2. S romanum-Hebungen 3—4mal; 3. Kreuzbeinklopfung zum Schluss der täglichen Sitzung. 4. Gymnastik wurde nur im Fall I ausgeführt und sie bestand aus folgenden Widerstandsbewegungen: *a)* Beintheilung 5—6mal; *b)* Knietheilung unter Kreuzhebung 5—6mal; *c)* Kneifungen (Knippningar); auch wurde Patient angewiesen, die Kneifungen zu Hause stündlich auszuführen. Bei den übrigen 3 Fällen ist die Ausführung der Heilgymnastik durch das geringe Alter der Patienten unmöglich gemacht worden. Ad 1. Verf. geht mit dem eingeölten rechten Zeigefinger in den Anus und führt in der ganzen Peripherie des Mastdarmes die sogenannten Zitterstreichungen aus, wie dies von *Brandt* zur Massage der Beckenwände angegeben wurde. Verf. weist auf einen Handgriff hin während der Rectummassage. Ein Jeder wird die Erfahrung gemacht haben, dass bei grösserem Prolapse, nachdem derselbe reponirt wurde, Patient heftig zu drängen anfängt, so dass, wenn man nicht genug vorsichtig ist, der Mastdarm sofort wieder herausgedrängt wird; dasselbe geschieht, wenn behufs Ausführung der Rectummassage man mit dem Finger in den Anus hineinfährt. Um diesem vorzubeugen, hebt er zwei parallele Analfalten und verschliesst auf diese Weise den Anus. So geht er auch vor, wenn er mit dem Finger aus dem After nach gethaner Massage herausfährt und hält auf diese Weise den Anus so lange geschlossen, bis Patient aufgehört hat zu pressen. Die Massage soll immer im geraden Verhältnisse zur Grösse des Prolapsus stehen. Ad 2. Durch die S romanum-Hebung werden die Muskeln des Beckenbodens, speciell der Levator ani und die Retractores recti gedehnt und vitalisirt. Bei Säuglingen bis im Alter von 2—3 Monaten hat die Flexura sigmoidea keine bestimmte Lage und ist meist an der rechten Seite. Ad 3. Die Gymnastik ist gewiss nicht unentbehrlich. Doch räth Verf., dass in Fällen, wo deren Ausführung kein Hinderniss im Wege steht, sie nicht unterlassen werden möge, denn sie wirkt mächtig contractionserregend auf die Musculatur des Beckenbodens und auf die Sphincteren.

68. ***Die Operationen von Gebärmuttergeschwülsten, die Oophorectomie und die Castration der Frauen bei Geistes- und Nervenkrankheiten.*** *Von Spencer Wells, London. (Volkmann's klin. Vortr. Neue Folge. Heft 32.)*

Spencer Wells, nebst *Keith* der grösste Ovariotomist der Gegenwart, ist gleich seinem eben genannten Collegen ein begeisterter

Anhänger des conservativen *Apostoli*'schen Verfahrens geworden, und lässt sich seine auf überreiche Erfahrung begründete Ansicht hierüber in Folgendem zusammenfassen: Das beinahe stets erzielte Resultat des *Apostoli*'schen elektrischen Verfahrens bei Fibromen und Myomen des Uterus ist eine entschiedene Besserung oder Wiederherstellung der allgemeinen Gesundheit. In der Mehrzahl der Fälle wurden die Blutungen in kurzer Zeit zum Stillstande gebracht, in manchen anderen Fällen erfolgte dies langsamer. Nicht so sicher als das Aufhören der Blutungen wird Beseitigung der Schmerzen erzielt. Die Tumoren erleiden meist eine bedeutende Massenverminderung, seltener verschwinden sie gänzlich; im ersteren Falle werden sie beweglicher und minder schmerzhaft und misslingt es nur ausnahmsweise, ihr weiteres Wachsen zu beschränken. In cystoiden Fibromen dagegen ist die elektrische Behandlung relativ nutzlos. Die durch Rückbildung der Geschwülste erzeugten Veränderungen und das hierdurch hergestellte allgemeine Wohlbefinden sind in der Regel andauernd. Von grosser Bedeutung ist die Erfahrung, dass die elektrische Behandlung die Kranken für eine eventuelle spätere Myomectomie nicht untauglich macht, welche im Gegentheile durch die erzielte Verkleinerung des Tumors und die Lösung seiner früheren Verwachsungen erleichtert wird. Was den im Titel genannten zweiten Theil der vorliegenden Arbeit anlangt, wendet sich *Spencer Wells* in schärfster Weise gegen den Missbrauch, der mit der Entfernung der Ovarien getrieben wird, wenn er auch zugibt, dass die Oophorectomie in einzelnen Fällen von Fibroiden des Uterus und sonst unstillbaren Gebärmutterblutungen rathsam sein mag, ja sogar bei gewissen Missbildungen der Sexualorgane, bei Missgestaltungen des Beckens und bei zufälligen Unwegsamkeiten der Scheide angezeigt sei. Aeusserst beschränkt ist die Zulässigkeit der Castration bei ovarialen Dysmenorrhoen oder Neuralgien, und nur dann gerechtfertigt, wenn dies jeder anderen Behandlungsweise widerstanden und das Leben oder die geistige Gesundheit gefährden. Durchaus verwerflich ist sie fast in allen Fällen von nervöser Reizbarkeit oder Irrsinn. Sehr richtig betont *Spencer Wells*, dass eine solche Operation niemals vorgenommen werden darf ohne Zustimmung der Kranken und Darlegung der Folgen der Operation. In Fällen von Nymphomanie und Geisteskrankheiten ist sie nach *Spencer Well's* Ansicht gar nicht gerechtfertigt. Wie aus dem Vorstehenden ersehen werden kann, bringt die durchaus sehr lesenswerthe Arbeit keinerlei Neues, ist aber als Ausdruck der heutigen Anschauung einer der ersten Autoritäten auf diesem Gebiete zweifellos von hervorragendem Interesse. *Buschman.*

69. ***Zur Prophylaxe des Puerperalfiebers.*** *Von Prof. J. Veit. (Berlin. klin. Wochenschr. 1891. 19. — Pest. med.-chir. Presse. 1891. 50.)*

Wie neuerdings *Hegar* und *Leopold* eine Einschränkung der inneren Untersuchung Gebärender befürworteten, so auch *Veit*. Er erwartet von ihr eine wesentliche Herabsetzung der puerperalen Mortalität. Er fordert, dass die innere Untersuchung jeder Kreissenden in der Eröffnungsperiode von ganz bestimmten Indicationen abhängig gemacht wird. Als solche nennt er: 1. Allgemeine Störungen

des Befindens: *a)* Eclampsie und Nephritis, *b)* Fieber, schlechtes Allgemeinbefinden, schlechte Beschaffenheit des Pulses; 2. örtliche Störungen: *a)* Blutabgang aus den Geschlechtstheilen, *b)* abnorm gesteigerte Schmerzhaftigkeit der Wehen, *c)* abnorm lange Dauer der Eröffnungsperiode; 3. Abweichungen vom normalen Befunde bei der äusseren Untersuchung: *a)* Stand des Kopfes über dem Becken bei Primiparen oder nach dem Wasserabgang bei Pluriparen, *b)* abnorme Dehnung des unteren Uterinsegmentes oder vollendete Ruptur, *c)* verlangsamte Frequenz der kindlichen Herztöne, *d)* fehlerhafte Lage oder Haltung der Frucht. Vorzeitigen Abgang des Fruchtwassers, wenn der Kopf durch die äussere Palpation als im Becken stehend erkannt wird, sieht er nur für eine Aufforderung zum sorgfältigen Auscultiren, nicht zur inneren Untersuchung an. Auch bei sehr schmerzhaften Wehen, aber sonst normalem Verhalten soll die äussere Untersuchung ausreichen. Eben so wie in der Eröffnungs-, ist auch in der Austreibungsperiode eine Untersuchung von der Scheide aus nur in seltenen Fällen angezeigt. *Veit* stellt hier als Indicationen für die innere Untersuchung auf: 1. Allgemeine Störungen: *a)* Fieber, *b)* schlechte Beschaffenheit des Pulses, *c)* abnorme Aufgeregtheit, *d)* Eclampsie und Nephritis; 2. örtliche Störungen: *a)* verspäteter Blasensprung, *b)* Blutabgang nach aussen, *c)* mangelhafte Wehenthätigkeit verschiedener Art, *d)* mangelnder Fortschritt in der Geburt; 3. Befund in der äusseren Untersuchung: *a)* abweichende Lage oder Haltung des Kindes, *b)* abnorme Ausdehnung des unteren Uterinsegmentes oder vollendete Uterusruptur, *c)* Verlangsamung der kindlichen Herztöne, *d)* Stellung des Kopfes über dem Becken. Noch weit seltener ist die innere Untersuchung in der Nachgeburtsperiode nöthig. Nur bei starken Blutungen ist sie indicirt. Wie sich *Veit* überzeugt hat, ist eine derartige Einschränkung der inneren Untersuchung praktisch sehr wohl durchführbar. Allerdings verlangt sie, dass man der Vernunft des geburtshilflichen Personales eben so wie des Publicums sicher ist. Weiss letzteres erst, dass je häufiger die innere Untersuchung vorgenommen wird, desto geringer die Fertigkeit in der äusseren ist, so wird es die Geschicklichkeit der Hebammen hiernach beurtheilen und seine Wahl darnach treffen.

70. ***Ueber die Endergebnisse der vaginalen Totalexstirpation wegen Carcinom an der königl. Frauenklinik zu Dresden.*** *Von Assistent E. Leisse. (Arch. f. Gyn. Bd. XL, Heft 2, pag. 261.)*

Vom 11. Oct. 1883 bis 9. Mai 1889 wurde 80male die vaginale Uterusexstirpation wegen Carcinom des Uterus an der Dresdener Klinik vorgenommen. Von diesen 80 Frauen sind gegenwärtig noch 45, oder 56·25% am Leben, während 35, oder 43·75% bereits gestorben sind. Von den 20 Letztoperirten dieser Reihe von 80 Frauen (innerhalb des Zeitraumes vom 11. Juni 1888 bis 9. Mai 1889) sind nur 9 am Leben. Dies rührt davon her, dass in der letzten Zeit auch technisch schwierigere Fälle der Radicaloperation unterzogen wurden, die daher für den Dauererfolg keine sehr günstigen Aussichten darboten. Von den 35 Todesfällen sind 8 abzuziehen, da sie Frauen betreffen, die nicht an der Recidive, sondern an einem anderen

unabhängigen Leiden zu Grunde gingen. Es rectificiren sich daher die Zahlen folgendermassen: 72 Operirte; 37% derselben sind an Recidive zu Grunde gegangen, 62·5% dagegen sind nach 2 Jahren noch gesund. Am wichtigsten dagegen ist folgende Tabelle:

Von 80	vor	länger	als	2 Jahren	Operirten	leben	noch	45 =	56·25%
„ 58	„	„	„	3 „	„	„	„	34 =	58·6 „
„ 42	„	„	„	4 „	„	„	„	25 =	59·5 „
„ 30	„	„	„	5 „	„	„	„	18 =	60·0 „
„ 9	„	„	„	6 „	„	„	„	6 =	66·6 „
„ 2	„	„	„	7 „	„	„	„	2 =	100·0 „

Kleinwächter.

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

71. ***Allgemeine Therapie der Nasen-, Mund- und Rachenhöhlenerkrankungen.*** *Nach Dr. Maximilian Bresgen's Krankheits- u. Behandlungslehre, pag. 116—144.*

Die Athmungsluft sei Tag und Nacht möglichst rein, die Zimmer müssen ergiebig gelüftet werden, die Hautathmung werde sorgfältig gefördert, wollene Bekleidung, weil diese am durchlässigsten und wärmsten, soll getragen werden, nächst dieser leinene Hemden mit Unterjacke aus Merinowolle; der Hals bleibe möglichst frei, Federbetten sind möglichst zu meiden, hohe Kopflage ist ungeeignet. Angemessene Bewegung, auch im Winter, ist nothwendig; das Athmen geschehe durch die Nase. Der ganze Körper werde täglich kalt gewaschen, wobei der Rücken nicht zu vernachlässigen ist. Gute, geregelte Ernährung ist zu beachten — also ist der ganze Körper in Betracht zu ziehen. Tabak in jeder Form ist streng zu untersagen, Alkohole in grösseren Quantitäten gleichfalls, besonders bei Nichtarbeitern. Von Heilmitteln ist Kälte (Eisbeutel, *Leiter*'sche Röhren), Wärme (*Priessnitz*-Umschläge), besonders in den ersten Tagen von Rachen- und Kehlkopfentzündung sehr dienlich, in Aufnahme ist Massiren des Kehlkopfes. Höllenstein ist leicht entbehrlich; für die Nase sind Sozojodolsalze am bewährtesten, besonders das Natrium, unvermischt mit dem Pulverbläser angewendet. Jodol hat gute Wirkung bei Eiterung der Kiefer und Stirnhöhle. Bei Brand-, Aetz- und anderen Wunden ist der Farbstoff Pyoctanin übertroffen vom Methylenblau von 0·3:10. Als Mund- und Gurgelwasser Sol. Natr. chlorat. 3:300 mit Tinct. Jod. 1·5, wovon $^1/_2$—2stündl. ein Esslöffel aus einem Glase in 3 Theilen zu vergurgeln sind. Zur Reinigung der Mundhöhle dient Acid. thymic. 0·25, Acid. benz. 3·0, Tinct. Eucalypti 15, Spir. vin. 100, Ol. Gaulther. gtt. XXV. Ein Kinderlöffel auf $^1/_2$ Weinglas Wasser. — Zum Pinseln des Rachens ist Jod. puri 0·5 (oder 0·75, oder 1·0) auf Kal. jod. 0·5 (oder 0·75, oder 1·0) mit Glycerin 25 zu verwenden. Zu Einblasungen in den Kehlkopf Morph. mur. 1·50:30 Amylum oder reine Borsäure, oder solche mit 1·5 Morph. mur. bei Reiz im Kehlkopf. Ebenso Alum. oder aa. mit Amylum, Tannin mit Morph. wie oben, Alaun. Zu kalten Inhalationen Zinc. sulf. 5:250 oder mit Zusatz von 0·5. Warme Inhalationen sind meist zu meiden. — Jodkali und Sulfanilsäure sind

bisweilen zu gebrauchen. Von Hustenmitteln sind Morphin. 0·05 : 15 Aq. amygd. amar. sechsmal täglich 6, 8—10 Tropfen oder Codein 0·02 alle 2—3 Stunden zu rathen, oder Apomorphin. 0·03—0·06, Morph. mur. 0·03, Acid. mur. dil. 0·5, Aq. dest. 150. D. in vitr. caerul. S. 2stündl. 1 Essl. oder in Pillen. Apomorph. 0·225, Morph. mur. 0·075, Mars. liq. 3·0, Mucilag. Gumm. arab. q. s. ut f. pil. 30. S. 4—5mal täglich 1 Pille. Vortrefflich wirken auch Senega, Ipecac., Althaea, Ammon. mur. — Bäder sind besonders als Nachcur der örtlichen Behandlung von Bedeutung. — Von Werkzeugen ist zunächst die Silbersonde zur Aetzung, wie der Stift, zu benützen mit angeschmolzenem Höllenstein. Milchsäure 20 bis 30% ist vorzuziehen. — Der Pulverbläser ist häufig verwendbar, am besten mit Tretgebläse, nicht mit Gummiball am hinteren Ende. Zum Brennen ist *Voltolini's* Tauchbatterie anzuwenden. — Spitze Nasensonden, mit Verbandwatte vorne umwickelt, dient zur Reinigung, zur Chromsäureätzung, zur Anilinfarbstofflösung nach dem Glühen. Nasensägen, Meissel, scharfe Löffel dienen zur Beseitigung von Krümmungen der Nasenscheidewand, zur Auslöffelung von Geschwüren, Stahldrahtschlingen zur Entfernung von Polypen, *Belloc*'sche Röhren zu sonst nicht stillbaren Blutungen; Nasenspritzen aus Hartgummi zur Durchspritzung der Nase. Die Nachbehandlung aller wundmachenden Eingriffe in die Nasenhöhle muss sehr sorgfältig sein. Die wundgemachte Stelle muss mit Anilinfarbstoff getränkt werden; ferner muss ½—1stündlich in die behandelte Nasenseite Lanolinsalbe (Lanol. anhydr. Liebreich) eingebracht werden. Pinsel, die verschiedenen Messer zur Entfernung der Polypen, Mandelmesser, Tonsillotom, sind erforderlich. Von Inhalationsapparaten sind kühle den warm aussprühenden vorzuziehen, elektrische Sonden, *Schrötter's* Zinnbolze und Hartgummiröhren, endlich künstliche Stimmapparate kommen zur Anwendung.

Hausmann, Meran.

72. ***Beitrag zur Behandlung des Trachoms.*** *Von Dr. v. Hippel, Königsberg. Sitzung der ophthalmoskop. Gesellsch. Sept. 1891. (Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 40.)*

v. Hippel, von dessen Augenkrankeu über 40 Procent an Trachom leiden, warnt vor dem übertriebenen Ausschneiden der Uebergangsfalte, wie er es in Königsberg beobachtet hat. Er empfiehlt vielmehr das von den Gebr. *Keinig* vorgeschlagene Verfahren. Dasselbe besteht in einem Reiben der Schleimhaut mit einem Wattebausch, welcher mit Sublimat (1 : 1000) getränkt ist. Er hat es in mehr als 200 Fällen ausgeführt. Je blutärmer die Schleimhaut ist, und je stärker die Follikel, desto kräftiger muss man reiben. Die Entfernung des Inhaltes der Follikel ist wünschenswerth, aber nicht immer ausführbar. Die Schmerzen sind bei acuten Fällen stark, bei chronischen weniger. Die Empfindlichkeit nimmt bei jeder Reibung mehr ab, und die Reizerscheinungen gehen auffallend rasch zurück, ebenso die bestehenden Cornealaffectionen. Contraindicirt ist das Verfahren, wenn iritische Reizungen sich zeigen. Sobald auf der Conjunctiva keine Follikel mehr bestehen, ist es bei Pannus unwirksam. Die primäre Reaction nach den Reibungen ist verschieden. Bei acutem Trachom treten anfänglich Blutungen, Lidschwellung und Thränensecretion auf, am nächsten

Tage zeigt sich eine Membran, welche sich leicht abziehen lässt, dies wiederholt sich 8—10 Tage. Bei chronischem Trachom ist die Reaction gering, aber die Follikel verschwinden. Die Heilungsdauer schwankt zwischen 10—14 Tagen und vielen Monaten. Je frischer das Trachom ist, desto schneller tritt Heilung ein. Bei späteren Catarrhen empfiehlt sich die Anwendung von Plumbum aceticum. Absolute Sicherheit gegen Recidive bietet die Behandlung nicht, in 15 Procent derselben war der Verlauf ein rascher. Bei leichteren Fällen tritt fast immer Heilung ein und die Conjunctiva schrumpft wenig.

73. ***Ueber eine eigenthümliche Lidrandaffection.*** *Von Dr. Schirmer jun. Versammlung der ophthalmoskop. Gesellsch. zu Heidelberg. 1891.*

Die bisher unbekannte Lidranderkrankung ist als Impfgeschwür aufzufassen. Gewöhnlich ist die Impfung 12 Tage vor Auftreten der Affection vorgenommen worden, so dass die Infection im Blüthestadium erfolgt zu sein scheint. Das klinische Bild der Krankheit ist folgendes: Schmerzen, Oedem von einem Lidwinkel aus; am Lidrand ein stark infiltrirtes Geschwür mit ebensolchen Rändern und grauem Grund, von dem sich weisse Geschwürsmassen ablösen lassen unter leichtem Bluten der Oberfläche. Die Vertiefung ist sehr gering (gegen Syphilis), der Sitz intermarginal und einige Millimeter auf der Lidhaut; daneben findet man Drüsenschwellung und Fieber. Das Geschwür wird über fünfpfennigstückgross, geht aber nur in die Breite. Von ihm gehen secundäre Geschwürchen aus, die nicht so gross werden, aber durch Contact anstecken und daher correspondirende Geschwürchen am anderen Lid erzeugen. In 8—12 Tagen ist der Höhepunkt erreicht. Unter dem zu einem Schorfe abgetrockneten weissen Grund bildet sich neue Epidermis ohne Narbenbildung und mit Cilienerhaltung. Complication: Bösartige Keratitis profunda centralis, diffus oder mit Kreuzen und Strichen versehen oder mit concentrischen, später confluirenden Ringen. Der Sitz derselben sehr tief. Verlauf schlecht. Therapie Jodoform, Verband.

74. ***Zur Behandlung der diphtheritischen Conjunctivitis durch Citronensaft.*** *Von Abadul. (Semaine méd. 1891. — Allg. med. Central-Ztg. 1891.)*

Verf. hat bei diphtheritischer Conjunctivitis durch Aetzungen mit Citronensaft angeblich günstige Resultate erzielt. Das Mittel ist, wie die Beobachtungen gezeigt haben, für die Hornhaut vollkommen unschädlich, und er wendet es daher ziemlich ausgiebig an. Um Erfolge zu erzielen, muss man nach seinen Ermittlungen häufig cauterisiren, alle 5 Stunden, und zwar Tag und Nacht während des Beginnes der Erkrankung, welche ungefähr 3 bis 4 Tage dauert, später kann man die Cauterisation in grösseren Intervallen fortsetzen, etwa alle 12 Stunden und bei fortgeschrittener Heilung in noch weiteren Zwischenräumen. Abgesehen von dem Citronensaft, wird ein anderes Mittel nicht angewandt. Verf. konnte sich davon überzeugen, dass diese Behandlung nicht nur in rein diphtheritischen Bindehautentzündungen Erfolg hat, sondern auch in allen Abarten, den sogenannten diphtheroiden Formen der Conjunctivitis. Zuweilen kommt es vor, dass eine

Conjunctivitis, welche im Anfang alle Charaktere einer eiterigen Entzündung trägt, plötzlich einen Umschlag zeigt, indem sie in Folge von Höllenstein-Cauterisation einen diphtheritischen Charakter annimmt. In derartigen Fällen hat Verf. nach Anwendung des Citronensaftes eine schnelle und durchgreifende Besserung gesehen, während nach Fortsetzung von Höllensteinbeizungen umfangreiche Zerstörungen der Oberfläche der Schleimhaut beobachtet wurden. In denjenigen Fällen, in welchen er gleich im Beginne das Mittel anwandte, heilte die Krankheit aus, ohne die geringsten Läsionen der Cornea zu hinterlassen. Bei denjenigen Patienten, bei denen das Mittel erst angewandt wurde, nachdem sich die Höllensteinbehandlung als wirkungslos erwiesen hatte, konnte vollkommene Heilung erst erzielt werden, nachdem man die bereits gebildeten Cornealgeschwüre mittelst galvanischer Cauterisation beseitigt hatte.

75. ***Harter Schanker des unteren Lides.*** *Von Dr. Purtscher, Augenarzt in Klagenfurt. (Centralbl f. prakt. Augenhk. 1891. November.)*

Eine 18jährige Bauerstochter leidet seit 14 Tagen an Entzündung des rechten Auges. Die beträchtliche Schwellung betrifft nur das Unterlid. Die Secretion ist eine geringe. Bei Betastung von aussen bemerkt man eine sehr bedeutende Derbheit der tiefer liegenden Gewebe des Lides. Entsprechend der Mitte der unteren Uebergangsfalte der Bindehaut ist ein nahezu bohnengrosses, im Centrum 3 Mm. tiefes, missfarbig belegtes Geschwür, mit fast knorpelhaften Rändern und intensiv gerötheter Umgebung wahrnehmbar. Drüsenschwellung in der Ohrgegend. Im ersten Momente dachte der Verf. an eine Verbrennung der Bindehaut durch eine ätzende Substanz, oder an eine umschriebene Diphtheritis. Als jedoch diese Möglichkeiten ausgeschlossen waren, zweifelte er nicht mehr daran, eine syphilitische Initialerkrankung vor sich zu haben. Patientin leugnete indess jeden geschlechtlichen Umgang mit Männern und erwies sich in der That als Virgo intacta. Nun fiel Verf. ein, dass in manchen Gegenden im Volke die Sitte herrscht, kranke Augen auszulecken; er richtete dementsprechend direct die Frage an die Kranke, wer ihr Auge ausgeleckt habe, worauf sich herausstellte, dass die Kranke ihrer eigenen Mutter die Lues zu verdanken hatte. Angeblich war das Auge schon durch 8 Tage vorher leicht geröthet gewesen.

76. ***Ueber Fädchenkeratitis.*** *Von Doc. Dr. Czermak. (Wien. klin. Wochenschr. 1891. 20. — Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1891. November.)*

Verf. hat Fäden, wie sie dieser Keratitis zukommen und von *Leber*, *Uhthoff*, *Fischer* beschrieben wurden, auch bei zufälligen Wunden der Cornea beobachtet und darin eine Stütze für *Leber's* Ansicht, dass es sich um adhärentes, conjunctivales Exsudat handle, gefunden. Er fand weiter, dass gewöhnliche glasige Schleimfäden der Conjunctiva, wenn man sie einer axialen Torsion aussetzt, in Gebilde übergehen, die den Fibrillenspiralen ähneln, dass daher das morphologische Bild spiralig gewundener Fäden mit fibrillärem Baue bei zähen, schleimartigen Exsudatfäden, die Leucocyten enthalten, durch blosse mechanische Einwirkung entstehen können. Da nun diese Fädchen aus einer schleimartigen Masse bestehen, so erklärt die Walkung der adhärirenden Exsudatfäden zwischen

Lid und Bulbus das Zustandekommen des eigenthümlichen Bildes dieser Fäden, das dem eines gewöhnlichen Fibringerinnsels durchaus unähnlich ist. Die spontan auftretende Fädchenkeratitis und die nach Verwundungen beobachteten Fadenbildungen gehören einer Kategorie an, und wäre somit erstere eines besonderen Charakters zu entkleiden.

Dermatologie und Syphilis.

77. ***Ueber die Gonorrhoe beim Weibe und deren Folgen.*** *Von Dr. Dohrn. Vortrag im Verein f. wissenschaftl. Heilk. zu Königsberg. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1892. Heft 1, pag. 124.)*

Dohrn fand unter 1000 Frauen 10·5 Procent tripperkrank, und leugnet den diagnostischen Werth der Gonococcen wegen der Pseudogonococcen und weil es unmöglich ist, alle „Brutstellen" der Gonococcen zu untersuchen. Auch *Dohrn* hält die chronische Gonorrhoe beim Weibe für eine sehr ernste Krankheit, welche in Siechthum übergehen kann, insbesondere deshalb, weil die Behandlung ungeheuer schwierig ist und Recidive sehr häufig sind. Therapeutisch empfiehlt *Dohrn* bei Tubenerkrankung unter Umständen Herausnahme der Tuben, eventuell mit den Ovarien, in chronischen Fällen von Uteringonorrhoe empfiehlt *Dohrn* auf das eindringlichste die Sublimatausspülungen (1 : 1000) nach vorherigem Ausätzen mit 1procentiger Lösung. Interessant ist die Thatsache, dass *Dohrn* bei 70 Fällen die Frauen, in 41 Fällen die Ehemänner gonorrhoisch erkrankt fand. In der Discussion betont *Caspary* die Wichtigkeit der Gonococcenuntersuchung bei der Beurtheilung der Heilung chronischer Gonorrhoe, resp. bei der Erlaubniss zur Eheschliessung; *Pölchen* empfiehlt im Gegensatze zu *Dohrn* die Chlorzinkbehandlung. — Für die Abscesse der *Bartholini*'schen Drüse empfehlen *Dohrn*, *Seisel*, *Kob* die Incision von der Schleimhaut aus, *Pölchen* die von der äusseren Haut aus.

78. ***Hémorrhagie postmictionelle de l'urèthre antérieur.*** *Par Janet. (La France méd. 1891, pag. 353. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1892. Heft 1, pag. 139.)*

Janet unterscheidet zwei Arten von Blutungen aus der Harnröhre. Die erste kennzeicnet sich durch spontanes, geringeres oder stärkeres Ausfliessen von Blut aus der Harnröhre, die zweite tritt unmittelbar im Anschluss an die Harnentleerung auf in Form vereinzelter blutiger Tropfen des letzten Urins. — Letztere Form beobachtete *Janet* am häufigsten bei reichlicher epithelialer Desquamation als Folge langdauernder Ausspülungen der Urethra mit Kal. hypermang. (1 : 2000 bis 11.750). Zum Unterschiede von den Blutungen der Blase, welche nur eintreten, wenn die Blase leer oder fast leer ist, also gegen das Ende der Urinentleerung, tritt die Blutung der Urethra anterior jedesmal auf, sobald der Patient die Urinentleerung unterbricht und in Folge dessen die durch die Spannung der Urethralwände während der Miction hervorgerufene Hämostase aufhört. — *Janet* empfiehlt demgemäss, in derartigen Fällen dem Patienten die Urinentleerung öfters unterbrechen und ihn nur jedesmal geringe Mengen Urin entleeren zu lassen.

79. ***Die nervösen Complicationen des Trippers.*** *Von Dr. Paul Raymond. (Gaz. des hôp. 1891. 103. — Schmidt's Jahrb. 1891. 11.)*

1. Die Tripperischias tritt am häufigsten in der zweiten Woche auf; sie beginnt plötzlich oft in der Nacht, erreicht rasch ihre grösste Stärke und nimmt dann ab. Die Schmerzen beginnen in der Hüfte und gehen gewöhnlich nur bis zur Kniekehle, sie dauern fast nie länger als 1—2 Wochen. 2. Die Trippermeningitis und die Trippermyelitis. Gegenüber den früheren Beobachtungen, die nicht beweisend zu sein scheinen, hat nach Verf. *Dufour* einen Sectionsbericht beigebracht. Es handelte sich um einen 18jährigen Jüngling. Im Januar 1889 Tripper. Im März d. J. heftige Rückenschmerzen mit Kribbeln und Schwäche in den Beinen. In 14 Tagen bildete sich Paraplegie aus mit Lähmung der Blase und des Darms, mit Steigerung der Sehnenreflexe und Anästhesie, raschem Muskelschwunde und Decubitus. Im Juli starb der Kranke unter bulbären Erscheinungen. Man fand Erweichung des Markes, besonders im Halstheile, und entzündliche Veränderungen der Meninx pia. Die mikroskopische Untersuchung soll ungenügend gewesen, die bacteriologische nicht ausgeführt worden sein. An eine Reflexparaplegie möchte Verf. nicht glauben. Es handle sich wohl um eine directe Infection des Markes. 3. Der blennorrhoische Muskelschwund. Ausser dem bekannten Bilde der periarthritischen Muskelatrophie gibt es einen verbreiteten Muskelschwund bei Tripperkranken, den Verf. nicht auf die Gelenkerkrankung allein beziehen möchte. 4. Blennorrhoische Erkrankungen der Sinnesorgane. Verf. citirt von neuen Beobachtungen einen Fall von *Panas* und einen zweiten von *Fischl.* Im ersten handelt es sich um eine unter Kopfschmerzen eingetretene Neuro-Retinitis, die *Panas* auf eine basale Meningitis bezieht. Im zweiten Falle um eine nervöse Taubheit. Dort hatte verbreitete Arthritis, hier Epididymitis bestanden. 5. Blennorrhoische Gehirnerscheinungen. Verf. möchte die Symptome, die man früher auf „cerebralen Rheumatismus" bezogen hatte, durch eine Meningitis erklären. Die von Anderen beschriebenen Tripperneurosen erkennt Verf. nicht an Es handelt sich entweder um Nachwirkungen der örtlichen Veränderungen oder um psychische Zustände, da ja der Tripper, wie jede sexuelle Erkrankung, mächtig auf die Psyche wirken kann, ohne doch etwas Specifisches zu bewirken. Schliesslich erwähnt Verf., dass möglicherweise die bei Tripper vorkommenden Hauterkrankungen mit nervösen Veränderungen zusammenhängen (Erythema nervosum).

80. ***Zur Contagiosität der Lepra.*** *Von A. v. Bergmann. (Volkmann's klin. Vortr. Nr. 33.)*

An der Ostgrenze des deutschen Reiches, der russischen Ostseeprovinz Livland, ist die fast vergessene Seuche des Mittelalters, die Lepra, neuerdings wieder zu grösserer Verbreitung und localer Ausdehnung gekommen. Das Wiederauftreten einer, wie es schien ganz erloschenen Krankheit ist an sich schon von hohem medicinischen Interesse, die Nähe der Infectionsherde an unseren Grenzen um so beachtenswerther, als der Verkehr des von der Seuche befallenen Gebietes mit der Aussenwelt ein sehr lebhafter und durch kein Gesetz eingeschränkter ist. Die langjährigen Studien

des Verf. lassen ihn zwei Formen der Lepra unterscheiden, die langsam verlaufende über 20 und mehr Jahre sich erstreckende Lepra nervosum, und die in 4—8—12 Jahren dem Tode zuführende Lepra tuberculosa. Eine weitere Folge dieser Studien des Verf. in dem von ihm geleiteten Leprosenhause zu Riga ist die Umwandlung des früheren Gegners der Uebertragbarkeit der Lepra in das stricte Gegentheil; Aufgabe dieser Arbeit ist es nun, zu zeigen, wie er zu dieser seiner heutigen Ueberzeugung von der Contagiosität der Lepra gekommen sei. Das grösste Hinderniss für eine allgemeine Verständigung über die Contagiosität der Lepra bietet die Frage der Incubationsdauer; diese ist ungemein lange, meist verstreichen 4—5 Jahre zwischen der Berührung mit dem Leprosen und dem Ausbruche der Krankheit. Von den 108 vom Verf. angeführten Kranken lässt sich nur bei 44 Fällen die Contagion nicht direct nachweisen. In etwa 60 Procent aller bekannten Fälle ist der Nachweis der Contagiosität gelungen. Das Detail der Studien, welche Verf. in seiner vorliegenden kurzen Arbeit niedergelegt hat, mag im Originale nachgesehen werden.

v. Buschman.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

81. ***Ueber Darmverschluss in Folge Anwesenheit des Diverticulum Meckelii in der Bauchhöhle.*** *Von Hipolit Oderfeld. (Pest. med.-chir. Presse. 1891. 49.)*

An einem im Warschauer Spitale operirten Fall von acuter Darmocclusion anschliessend, bespricht *Oderfeld* die durch die Anwesenheit des *Meckel*'schen Divertikels in der Peritonealhöhle hervorgerufene Darmocclusion. Der 33jährige Mann bot ein typisches Bild von Darmincarceration; in Folge Anwachsens des peripheren Endes des Divertikels an das Mesenterium entstand eine Spalte, durch die eine Darmschlinge leicht durchschlüpfen konnte. Erst die Darmaufblähung war die Ursache, dass die Schlinge comprimirt und in der gegebenen Lage festgehalten wurde. Laparotomie, Befreiung der incarcerirten Schlinge durch Lostrennung des angewachsenen Endes, worauf, um einer Recidive vorzubeugen, das Diverticulum ringförmig an seiner Basis abgeschnitten wurde. Genesung. *Oderfeld* erörtert ferner den Mechanismus, die pathologischen Verhältnisse und die verschiedenen Entstehungsarten derartiger Darmeinklemmungen, die zu den Seltenheiten zu zählen sind. *Przewoski* in Warschau, der mehrere Tausend Sectionen ausführte, kann sich kaum auf einige derartige Fälle erinnern. Die Diagnose des Darmverschlusses durch das *Meckel*'sche Divertikel reducirt sich auf die Diagnose der Darmocclusion im Allgemeinen. Es ist bis nun kein einziger Fall notirt, wo die Diagnose während des Lebens, resp. vor der Laparotomie gemacht worden wäre, da solche Charakteristica, wie plötzlicher Anfang, schneller Verlauf, heftige Reaction seitens des ganzen Organismus etc., das gemeinschaftliche Zeichen vieler Darmverschlussformen sind. Der Verlauf ist ein fulminanter und, sich selbst überlassen, gewöhnlich ein tödtlicher. Zwei Umstände

besitzen eine gewisse diagnostische Bedeutung: 1. Wird bei einem mit Darmocclusion behafteten Kranken noch ein anderer Entwicklungsfehler, wie Labium leporinum, vorgefunden, so kann auf die Coexistenz eines *Meckel*'schen Divertikels geschlossen werden; 2. genaue Anamnese aus den Kindesjahren; erzählt der Kranke, dass er in der Kindheit eine Nabelfistel gehabt hatte, dass aus derselben eine dem Darminhalte ähnliche Flüssigkeit heraussickerte, dass sich die Fistel manchmal von selbst schloss, so ist das Vorhandensein des *Meckel*'schen Divertikels fast sicher, da jene Fistel nichts anderes, als ein nicht obliterirter Ductus omphalo-mesentericus, d. i. ein *Meckel*'scher Divertikel war. Frühzeitige Laparotomie und Excision des ganzen Divertikels ist angezeigt.

Hertzka, Carlsbad.

82. ***Durch einen Thrombus hervorgerufene, gänzliche Verstopfung der linken Carotis.*** *Von Prof. Friedrich Korányi. Krankenvorstellung in der Gesellsch. der Aerzte zu Budapest. (Pest. med.-chir. Presse. 1891. 48.)*

Die 51jährige, gut entwickelte Kranke wurde während ihrer Beschäftigung am 30. October von einem apoplectischen mit Bewusstlosigkeit einhergehenden Anfalle überrascht, aus dem sie mit einer rechtsseitigen Hemiplegie und vollkommener Aphasie erwachte. Bei der klinischen Untersuchung, die am 10. November erfolgte, fiel der ausserordentlich kleine Puls der beiden Radiales auf. Eben so schwach war der Puls der rechtsseitigen Carotis. Die linke Carotis hingegen war als ziemlich consistenter Strang zu fühlen, und konnte man selbst bei gespannter Aufmerksamkeit keine Spur einer Pulsation in derselben entdecken. Die Verhältnisse über dem Herzen waren normal, nicht so über der Aorta; hier war ein deutliches systolisches Geräusch hörbar, auch ergab die Percussion über dem Manubrium des Sternums einen ziemlich gedämpften Percussionsschall. Aus alledem ist ein Aneurysma des Aortenbogens anzunehmen. Was nun den Pulsmangel der linken Carotis betrifft, erklärt eine Endoarteritis oder eine Verengerung des betreffenden Arterienlumens in Folge des Aneurysmas die gänzliche Sistirung des Pulses nicht. Diese lässt sich nur durch einen Thrombus oder Embolus erklären. Der Umstand, dass Assistent Dr. *Terray* einen Tag früher noch im Stande war, in der linken Carotis einen schwachen Puls zu fühlen, spricht für die Annahme eines Thrombus, was auch der Verlauf des Falles bestätigt. Es stellte sich nämlich in der linken Carotis schon nach drei Tagen eine rhythmische Pulsation wieder ein. Der ganze Process gestaltete sich also folgendermassen: Die Wandung sowohl der Aorta wie der Carotis ist in hohem Grade von Endoarteritis befallen, an der Wand der Carotis bildete sich ein Thrombus, der im Wachsen das Lumen der Carotis vollständig verschloss; mit der Canalisirung des Thrombus aber wurde das Lumen der Carotis wieder frei.

83. ***Ueber rückläufigen Transport.*** *Von Prof. Arnold. (Virchow's Arch. Bd. CXXIV. — Centralbl. f. klin. Med. 1891. 49.)*

Die noch immer unaufgeklärte Thatsache, dass sich zuweilen Geschwulst- und Bacterienmetastasen im Körper dem Blutstrom, und zwar besonders dem Strom in den Venen entgegen etabliren, veranlasste *Arnold* zu einer Reihe von Experimenten über diesen

Gegenstand. Den unmittelbaren Anstoss hierzu gaben zwei Sectionsbefunde. Der erste, wohl ein Unicum, war ein Mammacarcinom mit Drüseninfiltration und einziger Metastase im Sinus longitudinalis der Dura mater. Der zweite betraf eine Thrombose des Plexus pampiniformis mit Embolie in die Vena hepatica. Früher hatte man schon Versuche mit Quecksilber gemacht, denen aber der Zweifel entgegenstand, dass die Quecksilbertröpfchen der Schwere nach in die Venen geglitten seien. Um dies zu vermeiden, benutzte *Arnold* eine Aufschwemmung von Weizengries in physiologischer Kochsalzlösung oder Gummischleim. Die Körner quollen etwas auf, so dass viele die Lungencapillaren nicht passiren konnten und sie auch eine gewisse Klebrigkeit annahmen. Sie liessen sich überall in den Geweben leicht nachweisen oder auch durch Jodreaction deutlich machen. *Arnold* fand nun, dass in allen Fällen ein rückläufiger Transport stattfand, dass dieser aber an Intensität zunahm, wenn die Athmung unregelmässig wurde, besonders wenn die Experimente bis zur Tödtung des Thieres fortgesetzt wurden, wodurch grosse Druckschwankungen im Kreislauf entstanden. Der Transport in die feineren Verzweigungen der Venen fand entweder auf einmal statt, oder die Körner blieben an der Wand der Gefässe hängen und wurden mit der nächsten rückläufigen Welle weiter transportirt. Auch in den Lymphbahnen glaubt *Arnold*, gestützt auf eigene Untersuchungen und auf die grundlegende Arbeit von *Recklinghausen's*, einen rückläufigen Transport annehmen zu können. *Arnold* nimmt mit Recht an, dass, wenn bei Sectionen diese Verhältnisse mehr berücksichtigt würden, als es bis jetzt geschehen ist, sich gewiss zahlreichere Bestätigungen seiner Experimente finden würden.

84. ***Ueber Knochenveränderungen bei chronischen Lungen- und Herzkrankheiten.*** *Von Dr.* **E. Bamberger.** *Aus der med. Klinik des Herrn Prof. Nothnagel in Wien. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XVIII, Heft 3 u. 4. — Centralbl. f. klin. Med. 1891. 49.)*

Verf. hat bei einer Anzahl von chronischen Lungenerkrankungen, besonders Bronchiectasien, sowie chronischen Herzkrankheiten neben der hierbei so häufig auftretenden Verdickung der Endphalangen der Finger auch eine Veränderung der langen Röhrenknochen, besonders der distalen Theile der Unterschenkel- und Vorderarmknochen bei gleichzeitiger Betheiligung der Hände und Füsse beobachtet, die sich als eine Periostitis ossificans kennzeichnet und bei länger dauernden Fällen zu Verdickung und Verdichtung der Rinde führt. Es bestehen dabei spontane sowohl wie Druckschmerzen, aber keine Veränderungen an den Weichtheilen, wodurch allein schon eine Unterscheidung von der Acromegalie gegeben ist. Verf. bringt das Auftreten dieser Knochenaffectionen in Zusammenhang mit den betreffenden Lungen- und Herzerkrankungen, indem er in Bezug auf die ersteren, namentlich die Bronchiectasien, die Annahme sehr naheliegend hinstellt, dass sich in dem putriden Secrete Stoffe bilden, welche, in den Kreislauf aufgenommen, auf die knochenbildenden Gewebe als Reiz wirken, wofür er die Wirkung des Phosphors als Analogon ansieht. Experimentelle Versuche mit Einimpfung bronchiectatischer Secrete ergeben zwar negative Resultate, doch hält Verf. die gegebene Erklärung für

das Auftreten der Trommelschlägelfinger bei Lungenkranken für plausibler, als die Annahme einer Stauung, welche nur für die betreffenden Veränderungen der Finger bei Herzkrankheiten Geltung hat. Auch die Affection der grossen Röhrenknochen bei diesen könnte hierauf bezogen werden, da vermehrte Blutfülle fördernd auf das Knochenwachsthum einwirken kann; andererseits aber sind die meisten Herzkrankheiten von Stauungscatarrhen der Lunge begleitet, so dass auch hier die Aufnahme differenter Stoffe aus den Secreten und Einwirkung auf das Periost möglich wäre, obwohl Verf. hierfür keine einschlägige Beobachtung gemacht hat. Wahrscheinlich aber sind verschiedene Ursachen bei einem und demselben Individuum massgebend; nur bei angeborenen Herzfehlern bringt er die Trommelschlägelfinger allein mit der hochgradigen Cyanose in Verbindung.

85. ***Eine seltene Monstrosität der Finger und Zehen und deren Vererbung.*** *Von Dr. Heinrich Halász, Assistent in Budapest. (Gyógyászat. 1891. 37. — Pest. med.-chir. Presse. 1891. 48.)*

Selten sind die Fälle, wo gewisse Difformitäten der Eltern auf sämmtliche Kinder übertragen werden. Einen solchen Fall theilt *Halász* mit: 45jähriger Knecht. Die linke Hand desselben zeigt bei genauerer Prüfung, dass sich zwischen Zeige- und Mittelfinger in normaler Entfernung ein zweiter Zeigefinger sich befindet. An der rechten Hand stösst man auf zwei Daumen, deren Verbindung mit den Handwurzelknochen, Entwickeltheit, sowie Distanz von den übrigen Fingern eine normale ist. An den Füssen ist die 2. Zehe in doppelter Zahl vorhanden; Verbindung, Entwickeltheit und Distanz auch hier normal. Der Betreffende vermag sämmtliche Finger gut zu gebrauchen. Bei seinem Vater waren dieselben Difformitäten vorhanden, bei seinen Geschwistern jedoch nicht. Auch die Geschwister seines Vaters boten keine Abnormitäten; die Mutter seines Vaters jedoch war mehrfingerig. Sämmtliche fünf Kinder erbten die Difformität des Vaters, mit dem Unterschiede, dass bei zwei Kindern nicht die zweite Zehe, sondern die dritte doppelt ausgebildet ist. Bei den anderen drei Kindern ist der Mittelfinger der linken Hand verdoppelt.

86. ***Studien über Magenkrebs.*** *Von Mouisset. (Revue de méd. 1891. October. — Allg. med. Central-Ztg. 1891. 99.)*

Bekanntlich sind Fälle von latentem Magenkrebs recht häufig, ihre Diagnose sehr schwer; besonders hat er Krankheiten, wie Cirrhose mit Ascites, Morbus Brightii mit Anasarca, Tuberculose, chronische Bronchitis, Herzaffection, chronischen Magencatarrh, Magengeschwüre, besonders aber progressive perniciöse Anämie, zur Folge. Als diagnostisches Merkmal hat man bekanntlich das Fehlen von Salzsäure im Magensafte bei Krebskranken zu verwerthen gesucht; unter Anderen hat indessen *Lépine* nachzuweisen gewusst, dass dieses Merkmal keineswegs constant ist. Es existirt nun ein charakteristisches Symptom von latentem Magenkrebs, nämlich die auffallende Verminderung der rothen Blutkörperchen, auf welches *Lépine* und seine Schüler bereits mehrfach aufmerksam gemacht haben. Dieselben sind so stark vermindert, wie bei perniciöser Anämie. Auch *Mouisset* hat Beobachtungen von mehr oder weniger latentem Magenkrebs gemacht, in welchem der Inhalt des Blutes

an rothen Blutkörperchen erheblich vermindert war. In Fällen, in welchen gleichzeitig mit der Krebsaffection auch Tuberculose einherging, ein Zusammentreffen, welches keineswegs so selten zu sein scheint, wie man bisher angenommen hat, habe man an eine primäre Entstehung des Krebses, an eine secundäre Tuberculose zu denken. Was die Pathogenese der letzteren in diesem Falle anlangt, so hat man sich dieselbe so zu denken, dass das Carcinom Störung der Magenthätigkeit setzt und durch die damit verbundene Inanition der Ausbruch der Tuberculose wesentlich begünstigt wird. So wirkt das Carcinom ähnlich, wie das runde Magengeschwür und chronischer Magencatarrh, die auch zuweilen sich mit Tuberculose compliciren.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

87. ***Einfluss des Sonnenlichtes auf Mikroparasiten.*** *Von R. Koch. Vortrag auf dem X. internationalen medicinischen Congresse. (S. Saverio, Annali dell' istit. d'igiene di Roma. 1890. II. — Janowski, Centralblbl. f. Bacteriol. VIII. 1890. — Deutsch. Vierteljahrschr. f. öffentl. Gesundheitspflege. 1891. Supplement zu Bd. XXIII.)*

Die Forschung der letzten Jahre hatte ergeben, dass das Sonnenlicht das Leben einer Reihe von Mikroparasiten, auch pathogener Arten, zu vernichten im Stande sei. Jetzt meldet *R. Koch* die sehr wichtige Beobachtung, dass auch Tuberkelbacillen durch das Licht getödtet werden. Die Zeit, in welcher dies geschieht, schwankt nach ihm von wenigen Minuten bis zu einigen Stunden, je nach der Dicke der Schicht, in welcher man die betreffenden Mikroparasiten exponirt. Besonders bemerkenswerth ist es, dass auch das diffuse Sonnenlicht, wenn schon langsamer, dieselbe Wirkung auf Tuberkelbacillen ausübt. Culturen, welche *Koch* nahe am Fenster aufstellte, waren binnen 5—7 Tagen abgestorben. *Santori Saverio* prüfte die Frage, welchen Einfluss die Temperatur auf die bacterientödtende Wirkung des Sonnenlichtes (und elektrischen Lichtes) ausübt, am Bacillus *Eberth's*, am Staphylococcus pyogenes aureus, am Bacillus cholerae asiaticae, am Bacillus anthracis. Zu dem Zwecke exponirte er die Reagenzgläser mit den Gelatineculturen jener Mikroben 2 bis 47 Stunden und bestimmte die Temperatur im Innern der Reagenzgläser. Es ergab sich, dass die bacterientödtende Wirkung des Sonnenlichtes sich mit grosser Energie auch dann geltend macht, wenn es nicht von hoher Temperatur begleitet ist, dass sie übrigens bei höherer Temperatur schneller hervortritt, dass die violetten und rothen Strahlen die Mikroben nicht tödten, dass die letzteren im Zustande der Trocknung dem Sonnenlichte länger widerstehen als in feuchten Medien, und dass das elektrische Licht viel schwächer auf Bacterien wirkt als Sonnenlicht. Letzteres tödtet Milzbrandbacillen nicht wesentlich rascher als Milzbrandsporen, und scheint nach gewisser Zeit der Einwirkung die Virulenz abzuschwächen. *Janowski* sah, dass in einer mit Typhusbacillen geimpften Bouillon die Entwicklung jener Mikroben ganz ausblieb, wenn er die Probegläschen nur 6 Stunden dem hellen Sonnenlichte aussetzte, und dass im diffusen

Lichte die Entwicklung entschieden verlangsamt wurde. Nach Ausschaltung der chemischen Strahlen konnte ein Einfluss des Lichtes nicht mehr constatirt werden.

88. ***Psychische Störungen nach Wiederbelebung eines Erhängten.*** *Von Prof. Wagner, Graz. (Wien. klin. Wochenschr. 1891. 53.)*

Anlässlich eines beim Grazer Landesgerichte zur Untersuchung gekommenen Falles erinnert Verf. an seine frühere Mittheilung über den Gegenstand im VIII. Bd. des Jahrb. f. Psychiatrie. Wenn ein Erhängter abgeschnitten und wieder zum Leben gebracht wird, macht sich vor Wiederkehr des Bewusstseins eine auffallende Erscheinung bemerkbar: es treten nämlich allgemeine Convulsionen ein. Diese Convulsionen zeigen sich nie unmittelbar nach der Abnahme der Kranken, sondern erst einige Zeit darnach, die von wenigen Minuten bis zu einigen Stunden variiren kann. Es scheinen diese Convulsionen zeitlich mit Aenderungen in der Respiration zusammenzufallen. Die Dauer der Krämpfe kann von wenigen Minuten bis zu mehreren Stunden betragen. Die Convulsionen werden meist als epileptiforme bezeichnet, seltener haben sie tetanischen Charakter; noch seltener schliessen sich an die Krämpfe zwangsweise Gehbewegungen, manchmal als Manègebewegungen an. Nach der Beendigung der Convulsionen erfolgt meist bald die Wiederkehr des Bewusstseins. Jetzt lässt sich eine weitere Erscheinung constatiren, nämlich das Vorhandensein einer Lücke in der Erinnerung. Diese Lücke schliesst zunächst, wie selbstverständlich, die Zeit ein, während welcher der Kranke bewusstlos war. Ferner fehlt aber dem Kranken häufig auch die Erinnerung für den ausgeführten Selbstmordversuch vollständig. Die Lücke in der Erinnerung erstreckt sich aber in vielen Fällen noch mehr oder weniger weit auf die Zeit vor dem Selbstmordversuche. Es wird durch die Strangulation eine Amnesie retroactive geschaffen, wie die Franzosen sagen. So fehlte z. B. einem Kranken *König's*, der sich eines Morgens in Bonn aufgehängt hatte, die Erinnerung von dem Momente an, wo er am Tage zuvor Mittags von Köln abgereist war. Manchmal ist diese Amnesie keine dauernde, es kehrt nach und nach die Erinnerung an das Vorgefallene mehr oder weniger vollständig wieder. Es kommen ferner auch eigentliche psychopathische Zustände als Folgen der Strangulation vor, und zwar in zweierlei Form. In vielen Fällen handelt es sich um Aufregungszustände mit einem gewissen Grade von Verworrenheit und sind diese Störungen ganz transitorischer Natur. In anderen, allerdings viel selteneren Fällen kommt es nach der Strangulation zu einer ausgebildeten Psychose von längerer Dauer. Diese Geistesstörungen stehen in einer gewissen Beziehung zu den früher beschriebenen retroactiven Amnesien, sind gewissermassen nur eine Steigerung derselben. Es sind schwere, destructive, den vor der Erkrankung erworbenen Erfahrungsschatz in grösserer Ausdehnung angreifende Amnesien, in denen die Kranken das Bild des Blödsinns, einer Dementia acuta, darbieten. Es sind aber, so weit beobachtet, nur temporäre Amnesien, also heilbare Erkrankungen, indem nach Verlauf von einigen Wochen oder Monaten die Kranken entweder plötzlich oder allmälig wieder genesen. Endlich beobachtet

man auch manchmal das Umgekehrte: dass eine bestehende Geistesstörung durch einen Erhängungsversuch in günstigem Sinne beeinflusst wird, so dass es zu einer Besserung, ja Heilung der früher vorhandenen Psychose kommen kann, die manchmal vorübergehend, in anderen Fällen aber eine dauernde ist. Die interessanteste Erscheinung unter den nach Strangulation beobachteten Störungen ist zweifellos, wenigstens vom Standpunkte der Hirnpathologie, die Amnesie. Es ergibt sich die Frage, von welchem der beiden Factoren, die bei der Strangulation zusammenwirken, ist die Amnesie abhängig, vom Carotidenverschluss oder von der Asphyxie? Es haben diese transitorischen asphyctischen Amnesien grosse Aehnlichkeit mit den ganz analogen, welche bei zwei anderen schweren Eingriffen in das Gehirnleben auftreten: bei der Gehirnerschütterung und beim epileptischen Anfalle, und weist dieser Umstand auf einen gemeinsamen, diesen drei Zuständen zukommenden Factor hin, eine Kreislaufsstörung. Von Interesse ist endlich auch das Auftreten von Erinnerungsverfälschungen *(Kraepelin)*. Die vorhandene Lücke in der Erinnerung wird ausgefüllt durch Erzählungen und Angaben, die theilweise ganz frei erfunden sind, theilweise eine Combination und falsche zeitliche Localisation wirklicher Erinnerungsthatsachen darstellen. Diese Erinnerungsverfälschungen könnten leicht beim Laien, eventuell auch beim Richter den Schein bewusster Unwahrheiten hervorbringen, während sie es thatsächlich nicht sind. Es kommen solche Erinnerungsverfälschungen auch bei anderen Amnesien vor, so vor Allem bei der progressiven Paralyse und senilen Demenz, auch bei den selteneren, der acuten Demenz zugehörigen Formen, wie sie z. B. nach fieberhaften Erkrankungen auftreten, während sie bei anderen Formen, z. B. bei der epileptischen Amnesie, zu fehlen scheinen.

89. ***Beiträge zur Aetiologie der Trichinose.*** *Von Prof. Generisch, Klausenburg. (Orv. term.-tud. Értesítö. 1891. Heft 3.)*

Sehr interessante und äusserst lehrreiche Untersuchungen, welche *Genersich* bezugs der chemischen Reaction des Darminhaltes bei Vögeln, beim Menschen, Mäusen, Schweinen, Ratten und anderen Säugethieren (circa 250 Thieren) angestellt hat, bestätigen seine in einer früheren Abhandlung ausgesprochene Ansicht, dass die chemische Reaction des Dünndarminhaltes bei diesen Thieren nach der Species sehr verschieden ist und mit derselben auch die Empfänglichkeit derselben zur künstlichen Trichinose zusammenhängt. Der Inhalt des Vogeldarmes reagirt selbst im Hungerzustande durchwegs sauer, nur ausnahmsweise wurde beim Huhn im Cöcum, bei Tauben im untersten Theile des Ileums alkalischer Inhalt angetroffen. Beim Hunde ist der Darminhalt ebenfalls durchwegs sauer. Hingegen ist derselbe beim Kaninchen durchwegs alkalisch, und während jene Thiere ganz beliebige Massen trichinösen Fleisches ohne erhebliche Erkrankung verzehren können, sterben diese nach Aufnahme sehr geringer Quantitäten inficirten Fleisches an Darm- oder Muskeltrichinose. Beim Menschen, bei Mäusen, Schweinen und Ratten ist die Reaction des Darminhaltes graduell verschieden, und zwar erstens nach der Species. Bei Mäusen reagirt der Darminhalt vorherrschend, jedoch nicht immer alkalisch, so auch beim Menschen; — hingegen ist beim Schwein der

Inhalt des Duodenums und Jejunums zumeist sauer, der des Ileums gewöhnlich alkalisch, und war im unteren Theile des Ileums nie sauer, — Cöcum und Dickdarm waren meistens sauer; bei Ratten war das Duodenum und Jejunum gewöhnlich sauer, Ileum und Cöcum 3- bis 4mal häufiger alkalisch als sauer. Hiermit wird wohl jene allbekannte Thatsache erklärlich, dass Schweine und Ratten die Trichinose leichter überstehen, als Menschen, nichtsdestoweniger aber vorzüglich bei wiederholter Infection auch sehr grosse Massen von Trichinen in ihre Muskeln aufnehmen können. Individuelle Unterschiede in der Reaction des Darminhaltes dieser Thiere hängen vorzüglich davon ab, ob der Darm im Verdauungszustande oder leer angetroffen wird. Der mit normalem Chymus stark angefüllte Darm ist nämlich bei den meisten Thieren, selbst auch beim Menschen, wenigstens im Duodenum und Jejunum, theilweise auch weiter hinab sauer, hingegen findet man im Hungerzustande selbst bei Ratten fast constant alkalischen Inhalt. Es wäre zu versuchen, ob diese Hypothese, nach welcher die Acidität des Darminhaltes mit der Neigung zur Erkrankung an Trichinose im umgekehrten Verhältniss steht, sich praktisch verwerthen liesse. Gibt es ja bis heute gegen Trichinose kein anderes rationelles Mittel, als die Diarrhoica. Verf. schlägt vor, die Acidität des Dünndarminhaltes durch reichliche und häufige Aufnahme geeigneter Nahrungsmittel möglichst zu steigern, und dadurch die Entfernung und Entleerung der Darmtrichinen zu beschleunigen. Ferner berichtet *Genersich* über den Erfolg seiner Nachsuche auf Trichinose bei Ratten; er fand, dass unter 183 Ratten 10 Stück mehr oder weniger Muskeltrichinen besassen und bei zweien fand er auch Darmtrichinen. Diese Rattentrichinose ist in Klausenburg auf zwei Hausendemien beschränkt. Nur in zwei Mühlen wurden trichinöse Thiere angetroffen, in der einen circa 24 Procent, in der anderen 21 Procent, hingegen waren alle anderen von Privaten, Mühlen und Fabriken eingekommenen Ratten ausnahmslos frei von Trichinen. Hierdurch ist es sichergestellt, dass auch in Klausenburg in den Ratten Trichinen vorkommen und nachdem weder hier, noch sonst wo in Ungarn je ein trichinöses Schwein angetroffen wurde, erscheint die *Leukart*'sche Lehre, dass eben die Ratte der eigentliche, regelmässige Wirth der Trichina spiralis sei, von welcher sich das Schwein und durch dieses der Mensch nur zufällig inficiren, ausser Zweifel festgestellt. *Hertzka*, Carlsbad.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

90. *Zur Pathologie und Therapie des Eczems.*

*Von Prof. **Neisser** (Referent) und Dr. **Veiel** (Correferent).*

Referat, erstattet am Congress der dermatologischen Gesellschaft in Leipzig, 1891.
(München. med. Wochenschr. 1891. 44.)

Die Auffassung des Eczems als eines einheitlichen Krankheitsbegriffes hat mit manchen Schwierigkeiten zu kämpfen. Theils wird nur die Form der im Einzelfalle vorliegenden Erkrankung

berücksichtigt, theils verlangt man bestimmte charakteristische Bilder im klinichen Sinne; dazu kommt die wechselnde und mannigfaltige Aetiologie und der Ueberfluss an theoretischen Erklärungsversuchen. Klinisch und anatomisch stimmt aber auch heute noch die im alten *Hebra*'schen Lehrbuche gegebene Schilderung des pathologischen Vorganges beim Eczem. Dazu kommen nach neueren Forschungen *(Leloir)* Alterationen des Epithels, Höhlenbildungen um die Kerne der Epithelzellen. Das Rete Malpighii ist in eigenartiger Weise destruirt. Die Verhornung geht nicht in normaler Weise vor sich. Schwierig erscheint es, die Frage zu lösen, in welcher Weise die schädliche Noxe einerseits die Veränderungen im Rete und andererseits die Veränderungen im Darme hervorruft. Bei Eczemen aus äusserer Ursache, wenn das Epithel primär betheiligt ist, ist eine Erklärung leicht zu geben, schwierig aber erscheint dies bei den Eczemen, welche aus inneren Ursachen, auf constitutioneller Basis entstanden sind. Als ein wichtiges Moment für die Beurtheilung der Eczempathologie ist das Symptom des Juckreizes zu betrachten, und es wird sich dabei wesentlich um die Frage handeln, ob wir denselben als eine Folge des Entzündungsvorganges oder als Zeichen einer primären Erkrankung der Nerven endigungen auffassen sollen. Auch die ätiologische Frage ist vielfach dunkel. Die verschiedenen klinischen Bilder lassen bereits eine verschiedenartige Aetiologie vermuthen. Gewiss kommt der Prädisposition eine grosse Rolle zu. Man hat, und insbesondere ist dies von Seiten der Franzosen geschehen, gewisse constitutionelle Anomalien, Dyscrasien oder sogenannte Diathesen für die Entstehung der Eczeme verantwortlich gemacht; diese Diathesenlehre ist indess ganz gewiss unhaltbar. Nach *Hebra* ist die primäre Ursache des Eczems wesentlich in äusseren Momenten zu suchen. Als solche wirken mechanische, chemische und parasitäre Reize. Aber auch secundäre Einflüsse machen sich geltend, vor Allem der oft so heftige Juckreiz und das dadurch bedingte Kratzen. Weiterhin kommen für die Aetiologie in Betracht im Organismus vorhandene Intoxicationen, lymphatischer Habitus, nervöse Einflüsse bei den sogenannten reflectorischen Eczemen. Den Einfluss constitutioneller Anomalien auf das Eczem hat denn auch *Hebra* in keiner Weise geleugnet, doch genügen unsere Kenntnisse nicht, eine Eintheilung der Eczeme nach einem constitutionellen Schema (etwa im Sinne *Brooke's*, welcher arthritische, nervöse Eczeme u. s. w. aufstellt) durchzuführen. In jüngster Zeit hat die Kenntniss von der Bedeutung, welche den Mikroorganismen für die Entstehung so vieler Erkrankungen zukömmt, auch in der Eczemfrage zu einer extremen Auffassung geführt. *Unna* erklärt, dass jedes Eczem durch Mikroorganismen hervorgerufen sei. Er leugnet jedes acute Eczem, es gibt für ihn nur chronische Eczeme mit acuten Recidiven. Alle Eczeme müssen parasitär sein, weil der Haupttypus, das seborrhoische Eczem, parasitär sei. Ein chronisches Eczem könne nur bedingt sein durch chronische Ursachen, diese können nur Parasiten sein, eine Schlussfolgerung *Unna's*, welche noch weiteren Beweises bedarf. Man braucht gewiss nicht die Rolle der Mikroorganismen in der Eczem-Aetiologie völlig zu leugnen, aber gegen die generalisirte parasitäre Aetiologie im *Unna*'schen Sinne glaubt Redner mit

Besnier u. v. A. bestimmte Stellung nehmen zu müssen. Auch gegen die von *Unna* gegebene klinische Darstellung des seborrhoischen Eczems erhebt er Einspruch. Ein ätiologischer Zusammenhang zwischen Seborrhoe und Eczem besteht nicht. Dagegen dürfte wohl das von *Unna* sogenannte zweite Stadium des seborrhoischen Eczems, eine eigenthümliche psoriatiforme Erkrankung, als eigenartiger Krankheitstypus wahrscheinlich parasitärer Natur anzuerkennen sein. Auch die Annahme eines tuberculösen Eczems weist *Neisser* zurück.

Veiel bespricht specieller die Therapie. Vor Allem bestreitet er die vielfach behauptete Möglichkeit, jedes Eczem dauernd zu heilen. Speciell hartnäckig erwiesen sich ihm Eczeme, bei denen hereditäre Disposition besteht, ferner Eczeme in der Nähe von Narben und Wunden, welche wohl als Stauungseczeme aufzufassen sind. Den Werth innerer Behandlung beim Eczem bestreitet er, mit Ausnahme jener Fälle, in denen eine solche durch ein specielles inneres Leiden indicirt ist (Anämie, Scrophulose). Für therapeutische Zwecke am wirksamsten erweisen sich solche Präparate, welche die Haut in unverletztem Zustande zu durchdringen vermögen (Quecksilber, Theer), andere sind wohl auch sehr brauchbar zur Abheilung wunder Stellen, durch Abschluss derselben gegen Aussen, als Deckmittel, beeinflussen aber nicht den Krankheitsprocess als solchen. Der parasitentödtende Einfluss der obengenannten Mittel dürfe wohl berücksichtigt werden. Der Einfluss geeigneter diätetischer Behandlung sei nicht zu vernachlässigen, besonders bei Adipositas und Stauungseczemen, doch ist es *Veiel* nicht gelungen, durch Regelung der Diät allein Eczeme zur Heilung zu bringen. Zur speciellen Behandlung übergehend, empfiehlt er für trockene acute Eczeme besonders die Leime. Wenn Leime nicht ertragen werden, Puderbehandlung. Nässende Stellen heilen meist leicht unter irgend einem Deckmittel (Ung. Wilsoni, 5procentige Tanninsalbe). Bei ausgedehnterer Anwendung von Tannin beobachtete er Salivation und Schwellung des Zahnfleisches. Bei chronischen Eczemen empfiehlt er Salicylseifenpflaster oder Sublimatgelatine *(Pick)*, bei schwieligen Verdickungen *Unna's* Salicylguttaperchapflastermull, wie überhaupt die Salicylsäure sich ihm bei chronischen, auch nässenden Eczemformen gut bewährt hat. An behaarten Stellen empfiehlt er Salicylöl oder Salicylsalben 1 : 9. Zuweilen verursachen die Salicylpräparate aber auch länger dauernde Schmerzen und müssen dann entfernt werden. Oft genug aber musste er zum Theer zurückgreifen, der insbesondere bei starkem Hautjucken vorzügliche Dienste leistet. Die Haut muss aber erst an die Theerapplication gewöhnt werden und man wähle daher Anfangs möglichst schwach wirkende Präparate (Theerseifenschaum), ehe man zu stärkeren Concentrationen übergeht. Der Grundsatz, Theer nur an trockenen Eczemformen zur Anwendung zu bringen, ist im Allgemeinen richtig, doch gibt es Ausnahmen, und ist speciell auch bei nässenden Eczemen im Gesicht von milden Theerpräparaten guter Erfolg zu sehen. Als weitere Mittel in der Behandlung des chronischen Eczems werden empfohlen Tannin, Cold cream, Diachylonsalbe, impermeable Verbände und bei sehr starker Infiltration Chrysarobin und Pyrogallol, in steigender Dosis 2—10 Procent. Die früher

üblichen schmerzhaften Aetzungen mit Kali causticum werden dadurch überflüssig. Beim seborrhoischem Eczem werden Schwefelpräparate mit Recht empfohlen. Bei Eczemen der Schleimhautübergänge (After, Scheide) werden Tannincacaozäpfchen gute Dienste thun. Hinsichtlich der Salbengrundlage kommt es weniger auf die Wahl des Mittels, als auf die Frische des Präparates an. Wenn heute das Schweinefett erfunden würde, möchte wohl das Geschrei in der Welt über die epochemachende Entdeckung noch viel grösser sein, als wir das bei Einführung von Vaselin, Lanolin, Mollin u. s. w. erlebt haben.

Literatur.

91. ***Allgemeine Physiologie und Pathologie des Kreislaufes.*** *Von Dr. S. v. Basch, Professor in Wien. Wien 1892, Alfred Hölder.*

Ein Buch, knapp in Form, scharf im Urtheil, klar in der Darstellung, voll von eigenen nicht anders woher herbeigeholten Gedanken, liegt vor uns in dem neuesten Werke von *v. Basch.* Schon bald zu Anfang nach einleitenden Grundbetrachtungen über den Kreislauf mit einem und zweien Herzen, geht *v. Basch* zur kritischen Untersuchung über, ob diese Grundgedanken richtig sind und mit Hilfe eines eigens construirten Kreislaufmodelles geht er an die Erörterung der Fragen, wie sich unter verschiedenen Bedingungen die Drücke in den verschiedenen Abschnitten des künstlich hergestellten Kreislaufsystemes ändern. Wenn wir bedenken, dass die Modellversuche des Näheren eingehen auf die Thätigkeitsaufnahme beider Ventrikel, Verstärkung jedes einzelnen, auf die Arbeitseinstellung beider oder abwechselnd jedes einzelnen, auf die Vergrösserung und Verkleinerung der Widerstände im Aortengebiete, auf vermehrte und verminderte Füllung des Kreislaufsystemes, auf Vergrösserung und Herabsetzung der Widerstände im Gebiete der Pulmonalarterie, so ist leicht einzusehen, wie gross die Anzahl der gefundenen Thatsachen ist, welche eine Fülle Neues und Frappantes bieten. Ein Abschnitt über die Füllung und Spannung der Gefässe in den verschiedenen Gebieten des Kreislaufes hat zwar, und das sagt *v. Basch* selbst, nur ganz allgemeine Bedeutung, kommt jedoch zu dem Satze, dass der Druck in einem bestimmten Rohrabschnitte des Kreislaufes von der Geschwindigkeit abhängt, mit der die Flüssigkeit ein- und ausströmt und darauf werden die Bedingungen erörtert, unter welchen zunächst im Modell Druck und Füllung sich ändern, wie sich das Strömen bei gleichmässiger und ungleichmässiger Arbeit der Ventrikel erhält, wie sich die Vertheilung der Flüssigkeit dabei im Kreislauf gestaltet. — In dem 2. Abschnitt, der allgemeinen Physiologie des Kreislaufes, kommen wir zu den Erörterungen der von *v. Basch* zuerst gelehrten Lungenstarrheit, d. i. der Zustand, in den die Lunge bei starker Spannung der Alveolarcapillaren geräth und der Lungenschwellung (Anfüllung der Alveolarcapillaren unter höherem Druck) bei der Erörterung der verlangsamten und beschleunigten Schlagfolge des Herzens, vermehrtem Widerstande im Aortengebiete treffen wir diese Erscheinungen an. Bei der Lehre über den verminderten Widerstand der arteriellen Strombahn bekommen wir einen Einblick unter Anderem in die günstige therapeutische Wirkung des Alkohols, über den Einfluss des

Chloralhydrats als Herzgift. Ganz abweichend von der bisherigen Lehre wurden die Compensationsvorgänge aufgefasst, es werden Accommodationseinrichtungen erörtert, die in der neueren Zeit erweiterte Lehre der Compensation durch Aufstellung der Reservekraft des Herzens wird nach scharf kritischer Darlegung vollkommen zurückgewiesen. Es ist unmöglich, auf das Einzelne in dem reichhaltigen Inhalte des Werkes einzugehen. So viel ist sicher, dass es wie selten eines zum Nachexperimentiren, zum Controliren der einzelnen gefundenen Sätze und Theorien anregt und dass es mit vielem Interesse und grossem Nutzen wird gelesen werden. *— n.*

92. ***Ueber Behandlung von Lupus, Lepra und anderen Hautkrankheiten mittelst Koch'scher Lymphe (Tuberculin).*** *Von Prof. Kaposi. Wien, Alfred Hölder, 1891.*

In einer dieses grossen Klinikers und hervorragenden Autors würdigen, überzeugenden und alle Verhältnisse auf das Gründlichste behandelnden Weise legt der Autor auf Grund seiner viermonatlichen Versuche mit dem *Koch*'schen Mittel dar, was er bei den verschiedensten Fällen von lupösen und nichtlupösen Hauttuberculosen damit erzielt hat. Die tabellarische Zusammenstellung aller wichtigen Erscheinungen bei den 50 mittelst Tuberculin behandelten Fällen, welche diesen hochinteressanten und massgebenden Studien des berühmten Dermatologen zu Grunde gelegt sind, ist eine so glücklich gewählte, dass der Leser selbst mit Leichtigkeit die Epikrise aus derselben zu ziehen vermag. Der Verfasser erklärt als Ergebniss dieser seiner Erfahrungen, dass das *Koch*'sche Mittel auf den Lupus zwar prompt wirkt im Sinne der Erregung einer oberflächlichen flüchtigen Entzündung, und dass in demselben Masse auch eine erhebliche Abflachung, Abblassung und Besserung des Lupus binnen einigen Wochen zu beobachten ist. Es wurde von ihm aber kein Fall von wirklicher Heilung erzielt, und da, wie seine Versuche lehrten, jene Entzündungen auch nicht weiter prompt und intensiv genug hervorgerufen werden können, inzwischen aber unter der andauernden Lebensfähigkeit der Bacillen der Lupus heranwächst, ja metastatisch neu entsteht, so kann er auch keine Heilung des Lupus mittelst des *Koch*'schen Mittels erhoffen. Während Verfasser also einerseits eine Besserung durch die *Koch*'sche Behandlung constatirt, nimmt er entschieden Stellung dagegen, dass das Mittel als Heilung bringend angepriesen wurde und noch wird. Auch ist es keinesfalls geeignet, unsere bisherigen Mittel zur Bekämpfung des Lupus zu ersetzen oder entbehrlich zu machen. Zwei lithographirte Tafeln und eine Tabelle erhöhen noch das Verständniss dieser äusserst werthvollen und lesenswerthen Arbeit, welche in hohem Grade geeignet ist, erhitzte ärztliche Gemüther abzukühlen und zu beruhigen. *v. Buschman.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

93. ***Zur Diagnostik der Erkrankungen der Gallenwege.*** *Von Dr. **Rheinstein.** Vortrag, gehalten in der Berlin. med. Gesellschaft am 21. October 1891. (Deutsch. Med.-Ztg. 1891. 88.)*

Die Untersuchung der Unterleibsorgane hat erst in den letzten Jahrzehnten durch die in der Gynäkologie schon längst geübte bimanuelle Palpationsmethode eine wesentliche Erweiterung und Vervollkommnung

erfahren. Anstatt der unvollkommenen Betastung von aussen sucht man die einzelnen Parenchyme nunmehr in allen ihren Umrissen und Flächen mit dem untersuchenden Finger der einen Hand völlig abzutasten und zu umgreifen, während die andere sie direct oder indirect von den übrigen Organen möglichst isolirend fixirt. Was speciell die Gallenblase anbetrifft, so hat die Palpation derselben im Allgemeinen bisher nicht genügende Würdigung gefunden. Die Autoren geben die Möglichkeit zu, hier und da die vergrösserte Gallenblase, selten auch Steine darin fühlen zu können. Allein die Fragen, wie, wo und unter welchen Bedingungen die Palpation zu bewerkstelligen sei, werden entweder gar nicht oder ganz ungenügend erörtert. Bei Betrachtung der normalen Lageverhältnisse der Gallenblase und besonders der Thatsache, dass der Fundus vesicae den Leberrand überragt, dass er im Stehen und Sitzen unterhalb des Rippenbogens der vorderen Bauchwand anliegt, ferner, dass derselbe bei tiefer Inspiration mit der Leber 1—$1^1/_2$ Cm. nach unten sich vorschiebt, sollte man eigentlich annehmen müssen, dass mitunter selbst die normale Gallenblase in normaler Lage zu palpiren sei. In Wirklichkeit ist dies niemals der Fall, und zwar einmal wegen der geringen Spannung der Wand, die dem tastenden Finger nur wenig Widerstand darbietet. Ferner wirkt sehr erschwerend auf die Palpation der Rippenbogen, hinter dem die Gallenblase zum grössten Theil sich verbirgt, ausserdem die zu geringe Angriffsfläche des Organs für die Tastung, endlich der hohe Grad ihrer Beweglichkeit. Die Bedingungen, unter denen die Gallenblase einer Palpation zugänglich werden kann, was nur unter pathologischen Verhältnissen möglich ist, sind erstens Vermehrung der Consistenz durch grössere Wandspannung oder durch abnormen Inhalt, zweitens Volumenzunahme, Vergrösserung oder Erweiterung, drittens Lageveränderung des Organs, bezw. des Fundus in der Richtung nach abwärts. Die beiden ersten Bedingungen sind meist gleichzeitig vorhanden bei Cholelithiasis, Hydrops und Empyema vesicae, auch bei den einfachen Gallenstauungen durch Hindernisse in den Ausführungsgängen, ferner beim Carcinom und bei fibröser oder kalkiger Verdickung der Blasenwandungen; ein Tieferstehen der Gallenblase kommt nur bei Vergrösserung der Leber vor, besonders bei der Schnürleber und am häufigsten beim Descensus. Ausser den drei erwähnten Bedingungen muss der Darminhalt entleert und die Bauchdecken müssen möglichst erschlafft und mit wenig Fettpolster versehen sein.

Von den Positionen für die Untersuchung kommen nur in Betracht die horizontale Lage und die aufrechte Stellung des Kranken. Die Palpation wird sowohl im Stehen wie im Liegen in der gleichen Weise ausgeführt. Der Untersucher befindet sich stets zur Rechten des bei geöffnetem Munde ruhig athmenden Kranken. Die flach aufgelegte linke Hand kommt in die rechte Lumbalgegend zu liegen. Die Fingerspitzen sind nach der Wirbelsäule gerichtet, der Zeigefinger ruht auf der zwölften Rippe, die rechte Hand wird auf die gleichnamige vordere Bauchwand derart aufgelegt, dass der Ulnarrand mit der Mittellinie sich deckt und die Fingerspitzen etwas nach oben und aussen sehen. Während nun die linke Hand durch einen ziemlich kräftigen gleichmässigen Druck die Lumbalgegend in toto nach vorn und innen schiebt und so ein constantes Widerlager schafft, wirkt die Rechte ihr entgegen, indem sie mit Beginn jeder neuen Exspiration vorsichtig etwas mehr in die Tiefe dringt, mit ihnen indirect den Rippenbogen nach hinten und aussen drängt. Dabei müssen die flach

aufgelegten Finger in den Metacarpophalangealgelenken langsam gebeugt werden, wodurch sie unter stets zunehmendem Druck in die Tiefe sich einsenken. Durch diese Manipulation wird die Gallenblase zwischen unterem Nierenpol und unterer Leberfläche fixirt und dadurch einer wirklichen Abtastung zugänglich. Bei Frauen, die weit häufiger an Krankheiten der Gallenwege leiden, als die Männer (5 : 1), lässt sich die Annäherung der Niere an die Gallenblase um so leichter bewerkstelligen, als bei ihnen meistentheils durch vorausgegangene Geburten ein leichter Descensus der rechten Niere vorhanden ist, wodurch der untere Pol derselben um 1 bis 2 Cm. tiefer steht als normal. Bei einigermassen grösseren Tumoren genügt es zur Fixirung der Geschwulst schon, die hintere Bauchwand nach vorne zu drängen. Die geschilderte Methode ist bei Consistenzvermehrung oder Volumenszunahme der nicht verlagerten Gallenblase anzuwenden.

Beim Tiefstand der Gallenblase in ihrer ganzen Ausdehnung in Verbindung mit der Leber oder dem des Fundus für sich allein kommt eine andere, viel wichtigere Untersuchungsmethode in Betracht, welche am besten im Stehen ausgeführt wird. Bei dieser Methode dient die linke Hand nur zur Fixirung der Leber, während die zum Greifen zurecht gemachte rechte Hand für sich allein die bimanuelle Palpation übernimmt, indem sie das zu untersuchende Organ zwischen den Daumen und den übrigen Fingern zu fassen und abzutasten sucht. Zu diesem Zweck wird die linke Hand von der Seite her, gerade unterhalb des Rippenbogens, fest in die rechte Weiche eingesetzt und durch einen senkrecht gegen die Wirbelsäule gerichteten constanten Druck und gleichzeitiges Zusammendrücken der Weiche in der Richtung von vorn nach hinten die Leber völlig immobilisirt. Die rechte Hand dringt bei Tiefstand der Leber unter deren vorderen Rand ein, indem sie von unten her in den Bauchdecken eine Falte bildet und diese mit den Fingerkuppen nach hinten und oben vor sich herschiebt. An dem Leberrande von links nach rechts gehend ist deutlich die tief einschneidende Incisura umbilicalis und einige Centimeter weiter nach rechts die seichte Incisura vesicalis mit dem Grunde der Gallenblase fühlbar. Diese wird von unten her völlig umfasst, während die umgreifenden Finger durch stärkeres Hinaufdrängen und Schliessen weiter an die Hinterfläche des Körpers der Blase gelangen, der durch Gegendruck des aussen aufliegenden Daumens an die untere Leberfläche angepresst werden kann. Bei schlaffen nachgiebigen Bauchdecken gelingt es mitunter sogar bis zur Porta hepatis vorzudringen und die hier befindlichen Gebilde zu prüfen. Bei hochgradiger Lebersenkung und Atrophie der Bauchdecken kann auf diese Weise selbst das normale Organ als eine rundliche schlaffgefüllte fluctuirende Cyste gefühlt werden. Die Palpation von Gallenblasengeschwülsten mit herabgesenktem Fundus geschieht in derselben Weise. Die 4 Finger werden links vom Tumor, parallel zu seinem Längsdurchmesser, der Daumen rechts vom Tumor eingesetzt.

Kleine Mittheilungen.

94. ***Heilung von Malaria durch Eucalyptol-Injectionen.*** *Von Dr. **Peter Buró**. (Gyógyászat. 1891. 38. — Pest. med.-chir. Presse. 1890. 5.)*

Eucalyptus wirkt auch noch in Fällen, in denen Chinin versagt. *Buró* hat Eucalyptus sowohl per os wie in subcutaner Form benützt und sich stets überzeugt, dass die Wirkung prompt nur bei subcutaner Injection, per os hingegen auch im besten Falle nur nach Tagen einzutreten pflege. Zur Verwendung bei den Injectionen

kam das ätherische Oel von Eucalyptus stets mit einem fetten Oele gemengt, um die Bildung von Abscessen zu vermeiden, u. zw. 1—3 und mehr Decigramm auf einmal. *Buró* hat allerdings auch Fälle zu verzeichnen, wo die nach Eucalyptus eingetretene Recidive nur mittelst Chinin zu beheben war

95. ***Ueber congenitale Dextrocardie.*** *Von Schott (Ther. Monatsh. Mai 1891. — Centralbl. f. klin. Med. 1891. 49.)*

Die überaus geringe Zahl von Fällen von wahrer Dextrocardie ist durch die vorliegende Beobachtung vermehrt worden. Es handelt sich um einen kräftigen Mann, dessen Herz auf der rechten Thoraxseite so gelegen war, dass dessen topographische Eigenart auf der Brustwand das Spiegelbild der normalen ergab. Pleuraerguss oder Lungenerkrankung bildeten hier nicht die Ursache der entgegengesetzten Lage, wie dies sonst so häufig der Fall ist; vielmehr war die Affection congenital ohne sonstigen Situs inversus viscerum. Das Organ war dabei im Allgemeinen gesund, nur bestand eine vielleicht durch Adipositas bedingte Verbreiterung der Herzdämpfung. Der Pat. war ein Zwilling; vielleicht lässt sich aus diesem Umstande das Zustandekommen der Anomalie erklären.

96. ***Als neues Hausmittel gegen einfachen Schnupfen*** bringt Dr. *Rönnefahrt* in Dresden unter dem Namen „Sternutament" kleine Blechdosen mit Naphtholcarbonsäure in den Droguenhandel. Diese Dosen sollen vor dem Oeffnen geschüttelt werden, so dass das Pulver als Staub durch Riechen eingesogen werden kann. Es scheint dabei allerdings leichter als auf die bisher übliche Weise des Schnupfpulvers das Medicament in feiner Vertheilung mit der Nasenschleimhaut auf weite Ausdehnung in Contact zu gelangen. Zudem hat der Kranke den Vortheil, dass sich die nicht flüchtige Naphtholcarbonsäure in absehbarer Zeit schwerlich aufriecht.

97. ***Gegen Asystolie bei Herzklappenfehlern oder Myocarditis*** empfiehlt *Lancereaux* (Semaine méd. 1891. 42. — Ther. Monatsh. 1891. November.) Pillen von folgender Zusammensetzung:

Rp. *Bulb. Scillae*
Scammonii
Fol. Digital. pulv. *aa. 1·0*
Pulv. rad. Liquir. q. s.
ut f. pilul. *Nr. 20.*

DS. 3—4 Tage hindurch 4 Pillen im Laufe des Tages zu nehmen. Alsdann bis 6 oder 8 zu steigern und wiederum einige Tage zu pausiren, um mit derselben Medication von Neuem zu beginnen, wenn die Diurese und Herzthätigkeit noch nicht in Ordnung.

98. ***Die Folliculitis und Perifolliculitis der Weber und Spinner.*** *Von Léloir. (Annal. de Dermat. — Wien. med. Wochenschr. 1891. 47.)*

Léloir fand bei fast allen Webern und Spinnern eine papulöse und pustulöse Entzündung der Haarfollikel an dem Oberschenkel und der Wade, seltener den oberen Extremitäten, die viel Aehnlichkeit mit Theeracne hat und ihr auch ätiologisch nahesteht. Die Arbeiter, die ihre Maschinen mit ordinärem Schmieröl sehr häufig beölen, wischen ihre öligen Finger in die Beinkleider, so dass ihre Arbeitshosen sehr bald von Oel durchtränkt sind, das auf die Haut gelangt und diese irritirt.

99. ***Ueber Geruchsempfindungen, welche durch den innerlichen Gebrauch gewisser chemischer Körper erregt werden.*** *Von Dr. Richard Hilbert, Sensburg. (Memorabilien. 1891. 5. Dec.)*

Hilbert wurde von seinen Patienten aufmerksam gemacht, dass sie nach Gebrauch von Antifebrin und Antipyrin eigenthümliche Geruchsempfindungen haben. An sich selbst hat *Hilbert* nach Einnahme von Antifebrin Folgendes beobachtet: 8 Minuten nach Einnahme von 1·0 Antifebrin tritt, zugleich mit Herabsetzung des Blutdruckes, eine eigenthümliche Geruchsempfindung ein. Der in der Nase empfundene Duft ist aromatisch und erinnert leicht an Zimmt, ohne indessen eine grosse Aehnlichkeit mit genanntem Aroma zu besitzen (Benzoësäure?) und verschwindet nach etwa einer halben Stunde. Die Zeit des Eintrittes der Geruchsempfindungen kann sich indessen (wahrscheinlich je nach der Dosis) bis zu einer halben Stunde verzögern; dieselbe tritt auch bei starkem Schnupfen, wenn sonst die Geruchsempfindungen aufhören, ein. Die Wirkung des Antipyrin ist eine ähnliche, doch scheint sie schwächer zu sein

Einladung zum II. Internationalen Dermatologischen Congress in Wien, 5.—10. September 1892.

Laut Beschluss des I. Internationalen Dermatologischen Congresses vom 10. August 1889 in Paris, wird der II. Internationale Dermatologische Congress im Jahre 1892 in den Tagen vom 5.—10. September in Wien abgehalten werden.

Wir beehren uns hiermit Sie, geehrter Herr Collega, zur Theilnahme an diesem Congresse höflichst einzuladen und zu bitten, möglichst bald Ihren Beitritt zu demselben erklären zu wollen.

Die Statuten des Congresses, sowie das vorläufige Programm der Verhandlungsthemata werden später bekannt gegeben werden.

Anmeldungen zum Beitritt, sowie von Vorträgen und Demonstrationen nimmt entgegen der unterzeichnete Generalsecretär.

Das Organisationscomité:
Die Mitglieder:

Prof. *I. Neumann;* Prof. *E. Lang;* Docent *H. v. Hebra*, Prim. Docent *M. Mraček*, Docent *Jos. Grünfeld* (Wien); Prof. *F. J. Pick;* Prof. *V. Janowsky* (Prag); Prof. *E. Lipp* (Graz); Prof. *A. Jarisch* (Innsbruck); Prof. *A. Rosner* (Krakau); Prof. *E. Schwimmer* (Budapest).

Prim. Docent *G. Riehl* (Wien), Generalsecretär. Prof. *M. Kaposi* (Wien), Präsident.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Blaschke Paul. Internationaler Lazareth-Sprachführer. Eine Sammlung von Redensarten behufs Verständigung am Bette des Kranken, nebst einer Zusammenstellung der nothwendigsten medicinisch-technischen Ausdrücke. Bearbeitet von —, unter Mitwirkung bedeutender Fachmänner. 1. Abtheilung: Deutsch-französisch. Berlin, Verlag von Hepner & Co.

Hammer, Dr. med. Friedrich in Stuttgart. Ueber den Einfluss des Lichtes auf die Haut. Stuttgart, Ferdinand Enke, 1891.

Lorenz, prakt. Arzt. Taschenkalender für Aerzte. Herausgegeben von —. 1892. V. Jahrgang. Berlin, Verlag des Berliner lit. Institutes.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

Moorbäder im Hause

mit

MATTONI'S MOOR-EXTRACTE ZU BÄDERN
MOOR-SALZ MOOR-LAUGE.

Bequeme Mittel zur Herstellung von:

Mineralmoor- und Eisenbädern

im Hause

und zu jeder Jahreszeit. 28

Langjährig erprobt bei:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorose, Anaemie, Scrophulosis, Rhachitis, Resorption von Exsudaten, Fluor albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralysen, Paresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

HEINRICH MATTONI
Franzensbad,

KARLSBAD — WIEN — BUDAPEST.

Zu haben in allen Apotheken, Mineralwasser- und Drogen-Handlungen.

Einem Eingangszoll nach Deutschland unterliegen Moor-Extracte nicht.

Ein Post-Colli { nach Deutschland 50 Pf. / nach Oesterreich 30 kr. } Porto

fasst 4 Kistel à 1 Kilo Moorsalz.

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.